

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção a Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Monsenhor Assis em
Santiago/RS**

Josué Murguía Báez

Pelotas, 2015

Josué Murguía Báez

**Melhoria da Atenção a Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Monsenhor Assis em
Santiago/RS**

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

Orientador: Tatyara Feitosa Sampaio

Pelotas, 2015

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

B142m Báez, Josué Murguia

Melhoria da Atenção a Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Monsenhor Assis Em Santiago/RS / Josué Murguia Báez; Tatyara Feitosa Sampaio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

120 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Sampaio, Tatyara Feitosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Aos meus pais Mirta e Pedro (in Memorium) a
meu irmão Frank e professores do curso.*

Agradecimentos

A minha orientadora, Tatyara Feitosa Sampaio, pela ajuda e dedicação nessa jornada.

A toda equipe da Estratégia da Saúde da Família Monsenhor Assis, pelo companheirismo.

À UFPEL, pela oportunidade de concretizar essa Especialização em Saúde da Família e contribuir para a minha carreira profissional.

A todos os usuários adscritos à área de abrangência a ESF Monsenhor Assis, que demonstram gratidão e colaboração com a equipe em todas as etapas do Curso.

Resumo

MURGUIA BAEZ, Josué. **Melhoria da Atenção a Hipertensos e Diabéticos maiores de 20 anos, na UBS/ESF Monsenhor Assis em Santiago/RS.** Ano. 2015. 119f. 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.

O presente trabalho foi realizado na Unidade Estratégia de Saúde da Família Monsenhor Assis, distrito 009, no município de Santiago, Rio Grande do Sul como parte de um curso de Especialização na prática da Medicina Familiar, do curso de Especialização em Medicina Comunitária a Distância, na Universidade Federal de Pelotas (UFpel). O desenvolvimento na atenção aos hipertensos e diabéticos antes da intervenção eram muito pobres devido à instabilidade médica e à atenção ofertada de acordo com a visão dos usuários de que a estratégia preconize assistências curativas. Três grandes desafios surgiram durante o trabalho: a conscientização de uma cultura médica preventiva na população; a troca de conhecimentos e mudanças de estilo de vida; novos conceitos em nossa equipe para realizar com sucesso os programas do Sistema Único de Saúde. O objetivo geral é melhorar a Atenção a Hipertensos e Diabéticos maiores de 20 anos, na Estratégia de Saúde da Família Monsenhor Assis, Santiago; Rio Grande do Sul. Os objetivos específicos são: Ampliar a cobertura; Melhorar a qualidade de vida, a adesão, o registro das informações; Mapear a avaliação de risco e promover a saúde de hipertenso e diabético. A intervenção teve duração de 16 semanas na cidade de Santiago de fevereiro à junho de 2015, foi priorizado o monitoramento dos usuários cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, no qual a equipe utilizou como metodologia os protocolos do Cadernos de Atenção Básica, nº 37: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA e nº 36: DIABETES MELLITUS, do Ministério da Saúde, com ações desenvolvidas de acordo com os eixos pedagógicos; monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Quanto à melhoria da cobertura, ao término da intervenção foram acompanhados 228 hipertensos (38,3%) e 50 diabéticos (28,4%) residentes na área de abrangência, um resultado satisfatório. Os resultados obtidos incluem o acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos com exame clínico; no acompanhamento dos hipertensos com exames complementares em dia fechamos com 167 (73,2%) e com 40 diabéticos (80%); em relação a priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a proporção foi mantida com 100%; sobre a avaliação de atendimento odontológico terminaram com avaliação em dia 228 hipertensos (100%) e 50 (100%) dos diabéticos. A meta proposta de buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas foi cumprida, e conseguimos manter 100% todos os meses da intervenção. Com a estratificação de risco cardiovascular terminamos com 167 (73,2%) hipertensos e fechamos com 40 diabéticos (80%) e as metas de garantir orientação sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados foi conquistado integralmente durante a intervenção.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Foto do Acolhimento na recepção	71
Figura 2	Foto do Acompanhamento dos usuários	72
Figura 3	Foto do Atendimento clínico	74
Figura 4	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	78
Figura 5	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	78
Figura 6	Gráfico de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	80
Figura 7	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	81
Figura 8	Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	81
Figura 9	Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	83
Figura 10	Gráfico de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	85
Figura 11	Gráfico de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	86

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS-AD	Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FAAs	Ficha-A de Cadastro de Agente Comunitário da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

Sumário

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	27
2.1	Justificativa.....	29
2.2	Objetivos e metas.....	32
2.2.1	Objetivo geral	32
2.2.2	Objetivos específicos	32
2.2.3	Metas	32
2.3	Metodologia.....	34
2.3.1	Detalhamento das ações.....	34
2.3.2	Indicadores.....	53
2.3.3	Logística.....	59
2.3.4	Cronograma	69
3	Relatório da Intervenção	70
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	70
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	77
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	77
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	78
4	Avaliação da Intervenção	80
4.1	Resultados	80
4.2	Discussão.....	94
5	Relatório da intervenção para gestores.....	98
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	103
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	107
	Referências	109
	Apêndices.....	110
	Anexos	112

Apresentação

O presente volume descreve o trabalho desenvolvido numa comunidade brasileira do Estado Rio Grande do Sul, que foi uma intervenção de saúde em usuários hipertensos e diabéticos maiores de vinte anos, na ESF Monsenhor Assis, Santiago/RS.

O trabalho é composto por 7 capítulos: análise situacional, análise estratégica, relatório da intervenção, avaliação da intervenção, relatório da intervenção para a comunidade, relatório da intervenção para os gestores e reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.

Na análise situacional abordamos primeiramente as condições estruturais da unidade e a sua influencia nas atividades realizadas de promoção e prevenção de saúde na comunidade.

O segundo capítulo, que é a análise estratégica temos a justificativa elaborada depois de realizar o estudo das problemáticas em saúde dos grupos de hipertensos e diabéticos de nossa população atendida pela equipe e a realização da intervenção com objetivo geral e objetivos específicos, propostos no Programa de Atenção a Hipertensos e Diabéticos, e posteriormente a realização na pratica seguindo o cronograma da intervenção.

Em seguida está descrito o relatório da intervenção com todas as ações que foram realizadas total ou parcialmente, além das não realizadas. Na avaliação dos resultados expostos discutimos cada um dos gráficos, todos organizados nos textos descrevendo o desenvolvimento na pratica do trabalho e a melhoria do cumprimento dos indicadores preestabelecidos pelo Ministério da Saúde Brasileira.

Nos três últimos capítulos são apresentados o relatório da intervenção para o gestor; para a comunidade; e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade Estratégia de Saúde da Família Monsenhor Assis distrito 009 do município de Santiago RS, abrange seis microáreas divididas em dois bairros sendo bairro Monsenhor Assis e bairro Maria Martins Bonatto, designando o nome da unidade de saúde de Monsenhor Assis.

A unidade conta com equipe multidisciplinar de atenção básica composta por um médico, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem e seis agentes de saúde os quais dão cobertura para os três mil e seiscentos usuários da área, cujo bairro disponibiliza de uma escola municipal de grau fundamental, uma EMEI – escola municipal de educação infantil de período integral, igrejas de várias religiões, ainda oferece duas associações de bairros coordenadas por representantes do bairro. As áreas livres de lazer são centralizadas nas duas áreas.

A unidade de saúde conta com uma estrutura física de médio porte comportando de um consultório de assistência médica enfermagem, odontólogo, sala de recepção, curativo, farmácia, sala de vacina, sala de esterilização, sala de puericultura, banheiros; também temos um total de três microcomputadores; todos os profissionais da ESF têm acessos a eles para fazer a informação estatística do mês, mas ainda não instalou o sistema ou programa para fazer, por exemplo: encaminhamentos a outros serviços, agendamento e marcação de atendimentos e exames, quero enfatizar como ponto positivo equipe completa de profissionais e como ponto negativo a unidade sem reforma, fora dos padrões do ministério, falta de equipamento e sala de urgências e emergências, dificuldade no acesso para transporte de usuários na urgência, falta de veículos para transporte dos

profissionais ao atendimento domiciliar disponibilizado este uma vez semanal como rotina.

Todas as semanas fazemos reuniões com toda a equipe do posto, onde a presença de agentes comunitários de saúde é importante; nesta reunião são apresentados os casos críticos da semana, realizamos a discussão e concluímos com a capacitação e entrega dos materiais e equipamento de trabalho. Eu acho importante o trabalho das agentes comunitários por que tem um contato mais direto com a comunidade. Só precisamos para melhorar o trabalho das agentes garantir os meios de locomoção para suas atividades.

Os serviços prestados á comunidade são através de agendamento e livre demanda diariamente, busca ativa diária com a equipe dos agentes comunitários de saúde em todas as microáreas. Salientando que a população alvo é de média e baixa renda não ofertada campo de trabalho nessas áreas. Atualmente a atenção é ofertada de acordo com a visão dos usuários de que a estratégia preconize assistências curativas nos atendimentos sem cultura médica preventiva.

Dentre das atividades prestadas é priorizado a assistência à saúde da mulher, assistência à saúde da criança, assistência à gestante, controle de diabete mellitus e hipertensão arterial sistêmica, saúde bucal, busca ativa da tuberculose, hanseníase e imunização com ênfase na prevenção; atualmente temos uma adequada disponibilidade de vacinas e no município começo a campanha de vacinação contra HPV, já fizemos palestras nas escolas para informar sobre a importância de esta vacina.

A comunidade usuária mostra-se satisfeita com o trabalho médico oferecido, isso faz com que eu possa desempenhar minhas atividades de acordo com as necessidades dos usuários da unidade. Porém tenho que ressaltar que nesse período de trabalho pude observar muitos casos de usuários que fazem uso de medicações controladas de uso psiquiátrico que é um problema de saúde na comunidade onde a equipe deve trabalhar com ênfases.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santiago é conhecida como a "Terra dos Poetas" e está situada na região centro oeste do Estado do Rio Grande do Sul, com uma área geográfica de 2.413,89 km², apresenta uma população estimada de 50.622 habitantes para 2014, sendo que

residentes em área urbana são 44.735 pessoas e área rural 4.336 pessoas. O Total de domicílios recenseados é de 19.471, com uma média de 2,83 moradores por residência. Quanto à distribuição da população, Santiago apresenta 91,2% da população residindo na zona urbana, o que evidencia sua predominância, e 8,8% na zona rural. Quanto a distribuição por sexo, 52% são mulheres e 48% são homens.

Em relação à faixa etária, a distribuição se dá da seguinte forma: de 0-14 anos são 9.699 habitantes (19,76%), de 15-29 anos são 11.600 habitantes (23,64%), de 30-59 anos são 19.700 (40,15%) e de 60 ou mais anos são 13.932 habitantes (28,39%). Tem uma economia baseada principalmente na agropecuária e a produção é basicamente agropecuária, destacando-se a criação de bovinos, ovinos, suínos e equinos e na agricultura com as monoculturas soja, milho e trigo, seguida do comércio e prestação de serviços.

O sistema de saúde está organizado na atenção básica como ordenadora. A Secretaria Municipal da Saúde está habilitada na Gestão Plena da Atenção Básica e têm como meta implantar uma Política Municipal de Atenção Primária e Promoção da Saúde através da Implementação da Estratégia de Saúde da Família em 100% do seu território.

O modelo de gestão iniciou-se com a estruturação político-administrativa através da definição de território-áreas de atuação definida por Santos (2003): território usado pelos homens, tal qual ele é, o espaço vivido pelos homens, sendo também o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições. Esta é a definição de território vivo, que engloba a teia de relações humanas que se constroem sobre uma base geográfica, influenciada por fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos. Esses fatores e suas inter-relações são os determinantes do processo saúde/doença sobre as quais a equipe de saúde e a própria população têm corresponsabilidade, contando com o apoio de outros setores afins ao sistema dos serviços de saúde.

A territorialização no município de Santiago foi construída no mapeamento dos Distritos Sanitários, sendo 13 Distritos no total, já com a proposta de que cada distrito fosse atendido com uma UBS/ESF, com o objetivo de operacionalizar a Atenção Primária à Saúde no município, através da Estratégia de Saúde da Família. Em 2003, a Secretaria Municipal da Saúde de Santiago iniciou a implantação de três UBS/ESF, sendo elas nos Distritos 4, 5 e 9 (ESF Missões, ESF Vila Rica e ESF Monsenhor Assis). Hoje contamos com onze (11) UBS/ESF nos Distritos 3, 4, 5, 6, 7,

8, 9, 10, 11 e 12 atendendo uma população de 13.729 famílias e 44.044 pessoas, somando uma cobertura de 85% da população do município. O município conta também com disponibilidade de: três laboratórios clínicos, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF- 1) e disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO-1) para o atendimento da população, também temos CAPS AD e CAPS-1 Saúde de Homem, Serviço Assistência Especializada DST/AIDS e Hepatites Virais.

A unidade Estratégia de Saúde da Família Monsenhor Assis distrito 009 do município de Santiago RS, abrange seis microáreas urbanas divididas em dois bairros, sendo Bairro Monsenhor Assis e Bairro Ana Martins Bonatto, designando o nome da unidade de saúde de Monsenhor Assis.

A unidade conta com equipe multidisciplinar de atenção básica composta por um Médico, um Odontólogo, um Auxiliar de Saúde Bucal, um Enfermeiro, duas Técnicas de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde, os quais dão cobertura para os três mil e seiscentos usuários da área, cujo bairro disponibiliza de uma EMEF - Escola Municipal de Ensino Fundamental, uma EMEI - Escola Municipal de Educação Infantil de período integral, igrejas de várias religiões, ainda oferece duas Associações de Bairros coordenadas por representantes do bairro. As áreas livres de lazer são centralizadas nas duas áreas.

A organização da prestação de assistência da unidade e o vínculo desta com o SUS é total; sendo essa baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios, o sistema ao longo dos anos, estabeleceu que ações e procedimentos dispusera-se em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária feita pela unidade e outro, que contempla ações de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar.

As ações e procedimentos de Média e Alta Complexidade constituem um importante elenco de responsabilidades, visto não depender do Município. Tais responsabilidades, serviços e procedimentos são relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Hoje, torna-se fundamental em Santiago o conhecimento e a discussão das áreas de atenção de Média e Alta Complexidade de suas ações em complementação a atenção primária, garantindo que o Sistema Público de Saúde atenda integralmente à população.

A complexidade da assistência na prática clínica demandada disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento.

Entre os procedimentos de Média Complexidade podemos citar:

Caps I, Cuca Legal, Serviço de referência em Saúde Mental; CAPS Ad - Micro Regional; Oftalmologia Clínica - Serviço de Referência (Faxinal); Infectologia – Serviço de Referência; Otorrinolaringologia - Serviço de referência; Traumatologia Clínica - Serviço de referência; Neurologia Clínica - Serviço de referência; Nefrologia Clínica - Serviço de referência; Pneumologia - Serviço de referência; Hipertensão - Programa do Ministério/hipertensos e diabéticos; Reumatologia - Serviço de referência; Endocrinologia - Serviço de referência; Cirurgias ambulatoriais especializadas; Procedimentos traumato-ortopédicos - Serviço de referência; Ações em Odontologia Projeto; Patologia Clínica; Anatomopatologia; Citopatologia; Radiodiagnóstico; Exames ultrassonográficos; Diagnose; Terapias Especializadas (Fonoaudióloga, Psicóloga, Psiquiatra, Nutricionista); Próteses/órteses - Serviço de referência (Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM e Porto Alegre - POA); Anestesia; Ostomizado; Hanseníase; Tuberculose.

Como exemplo das principais áreas que compõem a Alta complexidade do SUS, podemos destacar como serviços qualificados, integrando os demais níveis de atenção à saúde (Atenção Básica e Média Complexidade): Assistência ao usuário oncológico; (HUSM); Quimioterapia - (HUSM, Porto Alegre e laboratório em Ijuí); Radioterapia - (HUSM, Porto Alegre e laboratório Ijuí); Assistência aos usuários portadores de queimaduras - (HUSM e Porto Alegre); Assistência ao usuário portador de doença renal crônica (Diálise) - (HUSM); Dermatologia (Banco de Pele) - (Porto Alegre); Cirurgia Plástica reparadora - (HUSM); Assistência em traumato-ortopedia - (HUSM); Cirurgia Cardiovascular - (HUSM e Porto Alegre); Cirurgia Vascular - (HUSM); Neurocirurgia - (HUSM e Porto Alegre); Procedimentos da cardiologia endovascular - (HUSM e Porto Alegre); Procedimento da cardiologia intervencionista - (HUSM e Porto Alegre); Assistência em Otologia - (Agudo); Cirurgia de implante coclear - (Agudo); Cirurgia das vias aérea superiores (Agudo); Procedimento em fissura lábios palatal - (Lajeado); Assistência ao usuário com obesidade (Porto Alegre); Cirurgia Bariátrica - (Porto Alegre); Cirurgia reprodutiva - (Porto Alegre); Reprodução assistida - (Porto Alegre); Genética clínica - (Porto Alegre); Fibrose Cística - (HUSM); Oftalmologia - (Porto Alegre e Faxinal do Soturno).

- Os exames de alta complexidade são poucos para a população:
- Tomografia- aproximadamente 40 exames mês.

- Cintilografia- aproximadamente 06 exames mês.
- Ressonância Magnética- aproximadamente 06 exames mês.
- Cateterismo aproximadamente 05 exames mês.
- Mamografia- aproximadamente 80 exames mês.
- Densitometria óssea- aproximadamente 20 exames mês.

A unidade de saúde conta com uma estrutura física de médio porte, fora dos padrões do ministério, composto de um consultório de assistência médica, enfermagem, odontologia, sala de recepção, curativo, farmácia, sala de vacina, sala de esterilização, sala de puericultura, banheiros; também temos um total de três microcomputadores; todos os profissionais da ESF têm acessos a eles para fazer a informação estatística do mês, mas ainda não instalou o sistema ou programa para fazer, por exemplo o encaminhamento a outros serviços, agendamento e marcação de atendimentos e exames.

Destaco como ponto positivo que a equipe é completa de profissionais, e como ponto negativo que a unidade necessita de reforma, pois faltam equipamentos e sala de urgências e emergências, tem dificuldade no acesso para o transporte de usuários na urgência, o consultório médico, odontológico e de enfermagem não possui sanitários, as janelas não tem telas mosquiteiras, os lavatórios e pias não tem torneiras com fechamentos que dispense o uso das mãos, não existe uma sala específica para coleta de material para análise clínica que implica em risco para a transmissão de algumas doenças infecciosas, todos os pisos são com superfície lisa, na sala de curativos também fica a sala de nebulização, o prédio não é adequado para o acesso de pessoas idosas e de portadoras de deficiência ou com qualquer comprometimento temporário físico, não existe rampa alternativa com teto para descer do carro, para cadeira de rodas ou de ambulância até a porta da ESF, e as calçadas do prédio não permitem o deslocamento seguro de deficientes, outro ponto negativo é falta de veículo para transporte dos profissionais ao atendimento domiciliário, sendo que este é disponibilizado uma vez por semana como rotina da unidade.

Os problemas e as necessidades da UBS são analisados nas reuniões da equipe todas as sextas-feiras à tarde, mas não possui poder de governabilidade para saná-las, mesmo assim pretendo levá-las às instâncias competentes ao nível

de gestão, a fim de verificar a possibilidade de que sejam promovidas as ações indicadas.

As reuniões semanais realizadas na unidade são com a participação de toda a equipe. Nas reuniões são apresentados os casos críticos da semana. Realizamos a discussão e concluímos com a capacitação e entrega dos materiais e equipamento de trabalho.

São desenvolvidas na ESF atividades para identificação dos grupos das famílias e indivíduos expostos a riscos no processo de territorialização e mapeamento que é feita pelos agentes comunitários de saúde. Os procedimentos na ESF e domicílio são feitos por médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem, os fluxos de referência são respeitados e utilizamos os protocolos ao encaminhar os usuários a outros níveis do sistema de saúde, quando os mesmos não estão disponíveis na ESF.

Os questionários indicados pela universidade é ferramenta para continuar identificando as dificuldades que existem em nossas unidades de saúde, pelo que podemos avaliar como dificuldade é que não temos atendimentos de urgência/emergência, isso ocorre por não termos as equipes necessárias, nem sala de urgências e emergências e não contamos com grupos de combate ao tabagismo, sendo essa uma prática muito frequente na população assistida na unidade.

Os profissionais não têm participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF, e eu acho que nossa opinião é muito importante, pois ninguém melhor que os próprios profissionais da equipe, para poder falar sobre os aspectos que precisamos para trabalhar e dar uma melhor atenção aos usuários nas consultas.

Em relação à população da área adstrita da unidade Monsenhor Assis, ela apresenta uma população estimada de 2.662 habitantes para 2014, o total de domicílios recenseados é de 758, com uma média de 3,51 moradores por residência. Quanto à distribuição da população, a unidade apresenta 100% da população residindo na zona urbana, quanto à distribuição por sexo, 32,08% são mulheres maiores de 15 anos e 31,55% são homens maiores de 15 anos. Em relação à faixa etária, a distribuição se dá da seguinte forma: de 0-1 anos são 32 habitantes (1%), 1-4 anos são 127 habitantes (4,77%), 5-9 anos são 160 habitantes (6,01%), 60 ou mais anos 263 habitantes (9,87%) e adolescentes são 428 (17%).

A adequação do tamanho do serviço (estrutura e equipe) comparado com o tamanho da área adstrita é ótima, pois a unidade conta com equipe multidisciplinar de atenção básica completa; com seis agentes de saúde comunitários os quais dão cobertura para os dois mil seiscentos sessenta e dois usuários da área. Considero importante o trabalho das agentes comunitários por que tem um contato mais direto com a comunidade; eles conjuntamente aos parceiros nas comunidades ajudam a realizar busca ativa de usuários faltosos, eles realizam atividades, como por exemplo, educação em saúde, grupos de HIPERDIA, acompanhamento de gestante e puericultura de crianças de 0 a 2 anos, prevenção de mortalidade infantil, controle de evasão escolar, controle de imunização e rastreamento de doenças infectocontagiosas, também fazem a classificação dos usuários que necessitam receber cuidados domiciliares, participam ativamente na promoção de saúde e dos serviços oferecidos pela ESF.

No entanto, em minha opinião, se tivéssemos mais apoio da comunidade, poderíamos traçar planos mais profundos e melhorar nosso trabalho, além disso, precisamos para a melhoria do trabalho das agentes a garantia de meios de locomoção para suas atividades, pois a situação da nossa ESF quanto às barreiras arquitetônicas, dificulta a relação da equipe com a comunidade, já que os usuários portadores de deficiência têm dificuldades para sua movimentação na unidade de saúde.

Em relação ao tema das visitas domiciliares, muito importante, para minimizar a dificuldade dos usuários portadores de deficiência e idosos, a equipe fez uma reunião com a secretaria de saúde onde foi comunicada a situação e agora estamos esperando a chegada de um transporte com maior frequência para a ESF; tendo em conta que as visitas domiciliares são fundamentais, porque nos permite estar mais perto do usuário, assim podemos fazer a promoção e depois a prevenção de saúde; exemplo de estratégias da unidade e como iniciativa da equipe vai ser feita uma caminhada simbólica em contra da Hipertensão arterial e a Diabetes com todos os usuários que participam nos grupos e a população em geral, assim promovemos a interação da equipe e a comunidade, a caminhada simbólica acontecerá no dia mundial de combate ao HIV, 01 de dezembro de 2014.

A questão do acolhimento à demanda espontânea é de muita importância na reorganização do processo de trabalho na atenção e em qualquer nível de atenção à saúde. É muito importante no nosso campo principal do trabalho onde as demandas

dos usuários é cada vez maior isto é, devido à qualidade de atendimentos e preparação científica das equipes de saúde.

Em relação à nossa unidade, onde não temos excesso de demanda, o acolhimento do usuário não é feito em uma sala específica, é realizado por toda equipe capacitada, sendo quatro dias de atendimento médico por semana, e o quinto dia é feito pela enfermeira, que se faz presente para atendimento. A unidade não cumpre com a organização de um número de atendimento, tendo limite diário de atendimento no dia em dois turnos, porque existem algumas pessoas da população que utilizam o atendimento médico como fonte de renda, vendendo fichas, aspecto que foi avaliado pela gestão e foi aprovada a realização de ofertar ficha para o agendamento só um dia por semana com a avaliação e acolhimento feito pela enfermeira. Por isso os serviços prestados a comunidade é através de agendamento e livre demanda diariamente, busca ativa diária com a equipe dos agentes comunitários de saúde em todas as microáreas, salientando que a população alvo é de média e baixa renda, e não é ofertado campo de trabalho nessas áreas. Mas, a urgência é acolhida, escutada e temos falta de equipamento e medicamentos para lidar com situações de urgência e emergência.

Considero que as unidades de atenção ESF devem ficar abertas e preparadas para acolher aos usuários. Globalmente todos os estabelecimentos de saúde devem ter como primeira resposta a crescente demanda dos usuários o conceito de resolutividade que é a capacidade de uma entidade médica para receber e responder as necessidades médicas dos usuários, com as ferramentas que têm, eu a chamo de A CHAVE DO SUCESSO, e outro ponto importante que eu chamo de A FACE DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, que é a realização de uma excelente TRIAGEM-CLASIFICAÇÃO de necessidades dos usuários; isso faz com que o atendimento mantenha a qualidade. Ter essa ideia em nossas equipes de saúde é considerado um desafio alcançável, não é impossível mudar todo o pensamento no bem-estar da saúde das nossas comunidades, é possível e o nosso trabalho é destinado a sua realização.

Atualmente a atenção é ofertada de acordo com a visão dos usuários de que a estratégia preconize assistências curativas nos atendimentos sem cultura médica preventiva, pois a nossa população não têm uma cultura de conhecimento em saúde preventiva, que é um primeiro desafio. Com uma experiência de seis meses de trabalho na ESF, percebo que os usuários geralmente não sabem quais são os seus

direitos e tampouco de suas responsabilidades como usuários, eles não têm vontade de cumprir as diretrizes de tratamento corretamente e só tem a cultura médica que, o profissional médico prescreve receitas e exames médicos complexos sem ter uma relação inicial médico-usuário, sem considerar a realização de um exame físico e as necessidades de saúde da população. Em relação a este problema a promoção e prevenção da saúde tem um papel fundamental trabalhando muito para a troca de conhecimentos e mudanças de estilos de vida; também mudar conceitos em nossa equipe de saúde torna-se um grande desafio.

Dentre das atividades prestadas, é priorizado a assistência à saúde da mulher, assistência à saúde da criança, assistência à gestante, controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, saúde do idoso, saúde bucal, busca ativa da tuberculose, hanseníase e imunização com ênfase na prevenção. Atualmente temos uma adequada disponibilidade de vacinas e no município começou a campanha de vacinação contra HPV, sendo que já fizemos palestras nas escolas para informar sobre a importância dessa vacina.

O tema da Atenção à Saúde da Criança é um dos programas fundamentais na atenção primária de saúde, por ter muita sensibilidade e influência nos indicadores de saúde de todos os países.

Nossa unidade oferece atenção integral as crianças. Os atendimentos são feitos contando com o médico da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, recebendo o apoio dos agentes comunitários de saúde, que fazem as visitas nos domicílios orientando a importância da primeira consulta antes dos 10 dias, do aleitamento materno, vacinação, prevenção de acidentes, orientações acerca da higiene do coto umbilical e coleta de material para triagem neonatal. É realizado agendamento do teste da orelhinha, tratamento a problemas clínicos em geral, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, prevenção de anemia, promoção da saúde bucal, da saúde mental, teste do pezinho, que é feito na primeira semana de vida pela enfermeira da unidade e a verificação das vacinas BCG e primeira dose da hepatite C, que são realizadas na maternidade.

Também é feito a prevenção da violência, que na nossa comunidade é um dos problemas mais conhecido e que constitui em um desafio para a nossa equipe e para meu trabalho. Reconhecer os sinais de maus tratos e poder identificar, que na minha experiência, nunca tive um caso de maltrato a crianças. Eu acho que temos necessidade de traçar de um plano de ação para a identificação dos sinais de

violência contra as crianças, assim como a capacitação da equipe de saúde para este tema. É realizado agendamento da primeira consulta com o pediatra em até 10 dias de vida e depois mensalmente até um ano de vida, após o primeiro ano o acompanhamento é trimestral até completar dois anos. Este acompanhamento é realizado na falta do pediatra, pelo médico da família, como também quando solicitado em atendimentos de urgência.

A cobertura de nosso atendimento aos Recém-nascidos de até sete dias é de 100% e em todas foi realizado o teste do pezinho, somando um índice de 100%. Na ESF também é feita a avaliação de saúde bucal nas crianças na puericultura em 100% e busca ativa aos usuários faltosos. Em nossa ESF temos 32 crianças, acompanhadas na puericultura.

Todas as crianças são atendidas em qualquer turno com problemas de saúde agudo sempre que a ESF está aberta e não temos excesso na demanda de crianças com problema de saúde agudo e outras particularidades da criança, na unidade têm profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa, realizando reuniões mensais e relatórios com resultados encontrados, com a finalidade de melhorar o atendimento e atenção à mãe e criança na puericultura. Os atendimentos são realizados segundo o caderno de saúde da Criança do Ministério da Saúde, sendo conhecimento de toda a equipe envolvida nestes atendimentos.

Tendo em conta o preenchimento do questionário da Atenção à saúde da Criança encontramos algumas deficiências em nosso processo de trabalho como: ausência de um protocolo de atendimento que se ajuste a nossas particularidades, isto se deve porque na Secretaria de Saúde já existe um programa específico da criança na puericultura para toda a rede de saúde, mas já temos a proposta de protocolo.

Em nossa ESF existe o cumprimento e apoio do programa da Bolsa Família do Ministério do Desenvolvimento Social, a responsabilidade do cadastramento, acompanhamento do peso, assim como da educação das crianças, neste programa, são a enfermeira e os agentes comunitários e o controle é feito pela assistência social e nutricionista da Secretaria de Saúde com o qual temos laços estreitos que trabalham nesta área de atenção.

Eu acho que o programa Atenção pré-natal tem uma boa cobertura em nossa área e contem todos os aspectos necessários para fazer uma avaliação completa.

Segundo o Caderno de Ações Programática temos aproximadamente 39 gestantes residentes na área, das quais 20 (73%) estão cadastradas e acompanhadas na unidade. Os indicadores de qualidade estão todos 100%, ou seja, todas as acompanhadas começaram o pré-natal no 1º Trimestre, estão com as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, tiveram solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, estão com vacina antitetânica e vacina contra hepatite B em dia conforme protocolo, foi prescrito suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, estão com exame ginecológico em dia por trimestre, avaliação de saúde bucal e orientação para aleitamento exclusivo.

A unidade tem mais de um ano com zero mortalidade infantil e zero materna, nem apresenta casos de baixo peso ao nascer. A enfermeira mantém um registro exaustivo das grávidas e os agentes comunitários de saúde tem grande conhecimento da sua área de abrangência, a consulta pré-natal e de puerpério ficam registradas no prontuário e nas histórias clínicas de cada gestante e os agentes comunitários de saúde constantemente estão na busca ativa delas e informando da atenção pré-natal e puerperal.

Na unidade existe e utilizamos protocolo do Ministério e fazemos consultas de acompanhamento pelo médico, enfermeira e dentista, além do atendimento que recebem no Centro Materno agendado pela unidade uma vez na semana. Para transportar a equipe nas visitas domiciliares às puérperas, nas quais são dadas orientações sobre os cuidados do recém-nascido, esclarece dúvidas, e se orienta sobre a importância do acompanhamento no puerpério e das consultas de puericultura; a secretaria de saúde disponibiliza um carro.

Relacionado ao processo de trabalho na Atenção Pré-Natal, ainda temos que trabalhar em alguns aspectos, exemplo: não existe um protocolo de atendimento que se ajuste a nossas particularidades, não temos profissionais que se dediquem à avaliação e monitoramento do programa de pré-natal e se deve ampliar a utilização de critérios para classificação do risco gestacional, as unidades ESF deveriam ter um controle maior, melhorando a realização de atividades de grupo, garantir que as gestantes tenham acompanhamento de outras especialidades, como psicologia e avaliação genética, para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção pré-natal na unidade. Muito importante é o trabalho com grupo de adolescentes que não existe ainda, apresentando como problema de saúde na comunidade a detecção de gravidez na adolescência; ponto onde a equipe deve trabalhar com ênfase por sua

alta sensibilidade e influencia nos indicadores de saúde da mortalidade materna e infantil.

As neoplasias são uma das principais causas de morte no mundo, e infelizmente o câncer de colo de útero é um importante problema de saúde pública. Em países como o nosso (em desenvolvimento) as altas taxas de incidência estão relacionadas à inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento, e o câncer de mama acomete mulheres tanto de países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos. É conhecido que se diagnosticado precocemente as duas doenças possuem grandes chances de cura. Mas por incrível que pareça ainda há altas taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil porque a doença é diagnosticada em estágios avançados. As duas são patologias importantes que devem ser diagnosticadas o mais precocemente possível.

Fazer a citologia orgânica e a mamografia para mais de 95% dos usuários como estabelece o programa é o objetivo e política de saúde do município.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas a estimativa de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero são 733 mulheres, das quais 394 (54%) estão cadastradas e acompanhadas na unidade. Quanto ao total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, a estimativa do CAP é um total de 276 mulheres, das quais 185 (67%) estão acompanhadas.

A maioria de nossas usuárias está com a coleta do preventivo de câncer em dia, a enfermeira costuma fazer ligações para aquelas faltosas, mas nem sempre elas encontram o tempo de voltar a ESF para completar a coleta ou solicitar preventivo, mas sempre nossa unidade está de portas abertas para que elas possam nos procurar sempre que precisarem. Porém ao fazer uma avaliação em 6 meses de trabalho acho que continua insuficiente o número de mulheres que procuram a realização dos exames, por isso, realizamos palestras para lograr chamar a atenção das mulheres sobre a necessidade de reservar um dia em sua agenda para a realização da coleta de Papanicolau e a mamografia, convidamos também as mulheres do bairro para formar um grupo para um melhor acompanhamento de sua saúde e melhorar os indicadores da qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de Útero e controle de Câncer de Mama.

Eu tenho como premissa importante na unidade, aproveitar qualquer consulta para lembrar as nossas usuárias a fazer o preventivo de câncer, também falo sobre

a importância de fazer autoexame mamário para rastreamento do câncer de mama. Acredito que nesse aspecto a maioria das mulheres realizam a mamografia em tempo e vejo muito interesse no seguimento das mesmas, na consulta eu sempre pesquiso diariamente câncer de mama e de útero com um bom interrogatório e se forem necessário faço exame físico, até agora com bons resultados.

Com certeza as atividades de prevenção e promoção do câncer de mama e de colo de útero são de muita importância para o controle destas doenças, um diagnóstico preciso pode salvar uma vida, temos que continuar trabalhando nas divulgações de autoexame de mama e dos primeiros sintomas que aparecem tanto no câncer de colo de útero como no câncer de mama, também devemos implantar que se cumpra os protocolos que existem nas ESF. É muito o trabalho, mas tudo é questão de organização e ter vontade de trabalhar e melhorar a situação da saúde, acho muito importante em nossa unidade que haja por parte da equipe de saúde uma sensibilização diária das usuárias e familiares, para que busquem atendimento preventivo.

Tendo em conta que a Hipertensão Arterial e a Diabetes são uma das doenças com alto número de consultas nos postos de saúde e no mundo inteiro, aqui no Brasil as doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar como causa de morte. HIPERDIA é um programa que consta um número de usuários cadastrados e assistidos com os profissionais.

Temos uma estimativa de 595 hipertensos na área de abrangência, destes 350, estão acompanhados na UBS, que representa uma cobertura de 59%. Onde 200 (57%) destes são realizadas estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação de saúde bucal em dia, além de 82 (23%) usuários que estão com exames complementares periódicos em dia.

Segundo a estimativa, temos 170 diabéticos residentes na área, sendo 103 acompanhados na UBS, ou seja, 61% de cobertura. Onde 51 (50%) destes são realizadas estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exame complementar em dia, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, com orientação sobre prática de atividade física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável; 45 (44%) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses; 70 (68%) usuários com avaliação de saúde bucal em dia.

O atendimento é disponibilizado dentro das condições de estrutura física da unidade básica de saúde, pois a mesma não é muito boa devido à falta de salas de urgência e acolhimento para o atendimento e a assistência segue procedimento operacional padrão através de fluxograma de direcionamento para atenção de alta complexidade, abrangendo especialidades, urgências, emergências e internações. O atendimento é feito quatro vezes por semana e acontece em todos os turnos. Após a consulta o usuário de HAS e DM saem com o próximo acolhimento programado, que será feito nos grupos de acompanhamento e atualização do tratamento.

O programa HIPERDIA do Ministério da Saúde o qual participo, é utilizada como fonte de trabalho pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e diabetes. Eu tenho como prioridade na unidade, aproveitar qualquer consulta para passar aos nossos usuários as orientações de hábitos alimentares saudáveis, ações para o controle do peso corporal, ações de estímulo a prática regular de atividade física e orientações sobre os malefícios do tabagismo, bem como o consumo excessivo de álcool.

Eu quero ressaltar que o serviço de profissionais, nutricionista, educador físico e psicólogo para atendimento aos usuários de HAS e DM são ofertados fora da unidade, sendo encaminhados à especialidade a qual segue protocolo de referência. Estas especialidades são importantes no controle de riscos onde as consequências podem acarretar danos como, Acidentes Vasculares Cerebrais, Cardiopatias, danos renais e outros.

Meu atendimento como médico de atenção primária é fundamental na promoção de saúde e na prevenção de complicações, juntamente com a equipe multiprofissional da Unidade.

Atualmente a OPS e OMS produzem programas levando em consideração que a pirâmide populacional na maioria dos países subdesenvolvidos e pobres é revertida e o número da população idosa aumenta. O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (censo 2012), sendo exemplo desta problemática.

Com base nos critérios da OMS a população que recebe atenção da unidade, já pode ser considerada uma população envelhecida; sendo que temos uma estimativa de 363 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, dos quais 273 estão acompanhados, uma cobertura de 72%. Destes acompanhados 192 (73%) estão com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; 92 (35%) estão com

acompanhamento em dia, tiveram avaliação de risco para morbimortalidade, tiveram orientação nutricional de hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular. Isso demonstra a insuficiência do trabalho e a necessidade do planejamento e execução de ações de saúde para esta faixa etária que temos que avaliar de forma muito sensível, já que precisam muito apoio de todos em geral, não só da assistência médica preventiva da equipe de saúde, também da comunidade e devemos aprofundar o relacionamento, se o usuário idoso tem aceitação, apoio, e consciência da família em todos os aspectos essenciais da vida para cuidar deles, com o objetivo final de melhorar a saúde da população idosa com apoio das ações da equipe.

Na unidade onde eu trabalho as ações preventivas em usuários idoso, são realizados em conjunto com o programa HIPERDIA e consultas agendadas dos usuários idosos onde atualmente estou realizando um trabalho nos grupos de intervenção, em consultas quatro dias da semana com protocolos produzidos pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, promoção a prática regular de atividade física e ações que orientam sobre os malefícios do consumo de álcool e tabagismo para evitar em longo prazo aparições de complicações.

Não contamos com nutricionista, assistente social, psicólogo e educador físico que visitem aos idosos, integrado a nossa equipe para trabalhar na atenção preventiva de doenças e não em complicações. Usamos o prontuário para o registro e planejamento das ações de saúde, porém a avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, um processo de diagnóstico multidimensional que serve para determinar as deficiências ou habilidades do idoso para executar determinadas tarefas diárias do ponto de vista médico, funcional e social, ainda não é feita pela equipe como deveria ser feita conforme a caderneta de saúde da pessoa idosa, que temos na unidade, mas não é usada nem preenchida pelos usuários idosos, nem pelos profissionais de saúde da unidade, que não solicitam seu uso nos atendimentos.

Eu acho muito baixo o percentual de idosos que participam de grupos. Portanto eu considero a cobertura de saúde da pessoa Idosa encontrada ainda tem muitos aspectos em que a unidade deve trabalhar.

Independente de todas as atividades de saúde que poderíamos fazer, por exemplo: identificação e tratamento de cataratas, encaminhamento para correção

visual com óculos e procurar espaços comunitários de convivência onde eles possam se sentir úteis, ativos e encontrem sentido em suas vidas. O problema de pessoas idosas sem acompanhamento familiar e doença do cuidador, são dois pontos que influenciam negativamente as ações de prevenção que eu faço, muito discutido nas reuniões da equipe e em ocasiões não tem solução, portanto uma prioridade que tem nossa a equipe é realizar palestras alertando situações de negligência e violências, a qual a população de idosos está exposta na área de cobertura da ESF e melhorar a qualidade da atenção aos idosos.

Não é possível discutir os maiores desafios, os melhores recursos que nossa ESF apresenta é a relação entre a equipe e a comunidade como ponto mais importante, nos serviços de saúde, sem primeiro lembrar princípios do Sistema Único de Saúde tais como: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. Também não é possível discuti-lo sem que venha à tona o cuidado como ação humana fundamental. A saúde é um direito de todos, mas os serviços de saúde devem ser oferecidos à comunidade com a maior qualidade possível. Portanto é necessário o esforço e o envolvimento dos profissionais da saúde, das autoridades em todos seus níveis e da população em geral. Neste sentido é preciso promover mais a apropriação pela população das políticas de saúde.

Nossa comunidade tem pessoas com todas as diversidades, amores, vidas construídas e destruídas, dores, sofrimento, alegrias. Toda comunidade tem sua história, sua cultura, festas, manifestações religiosas e populares; o saber das benzedadeiras e raizeiros; um grau de participação e mobilização social; uma forma própria de dispor do tempo livre; de conseguir e dispor de recursos financeiros; de realizar lazer com a família; de compreender o processo saúde-doença etc. Cada pessoa é sujeito de sua vida e deve ser respeitado, acolhido, visto e atendido de forma integral, numa relação que gera vínculos institucionais e emocionais. Isso vale para abordagens coletivas e individuais.

Tendo em conta a experiência adquirida com o nosso trabalho na atenção primária, em reuniões com a equipe de saúde e no curto período de trabalho a equipe identificou como principais problemas:

- A unidade ESF sem reforma, fora dos padrões do ministério.

- Falta de equipamento e medicamentos para lidar com situações de urgência e emergência.
- Problemas com o transporte para fazer as visitas domiciliares e realizar o monitoramento da qualidade de usuários doentes, incluindo usuários com internação em casa.
- A conclusão do sistema de informatização da unidade que está afetando o controle e organização do trabalho.
- A visão dos usuários de que a estratégia priorize assistências curativas nos atendimentos sem dar importância à promoção e prevenção da saúde.
- Como problema de saúde na comunidade onde a equipe deve trabalhar com ênfase inclui o uso indiscriminado de medicamentos em doenças crônicas não transmissíveis e de medicação controlada de uso psiquiátrico, mas o peso do problema reside na detecção de gravidez na adolescência.

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

Tenho percebido mudanças em alguns aspectos desde que foi reconhecida a situação da ESF/APS. Gostaria de enfatizar com muita precisão as medidas imediatas que tem sido bem apoiado pela comunidade em relação a duas ações que já estão informadas, dado que temos uma escola municipal de grau fundamental a equipe de saúde vai formar um grupo de adolescentes para trabalhar na prevenção de gravidez precoce e realizar ações de promoção e prevenção de saúde interagindo com os adolescentes; com respeito ao outro ponto do problema em saúde detectado já se está trabalhando, pois com o apoio dos integrantes dos grupos de doenças crônicas não transmissíveis, foi planejado agendar consultas individual para avaliação médica e revisão da medicação que possuem os que participam nos grupos.

Acredito que isso foi só um ponto de partida inicial, isto é, o início de um caminho para melhoria da qualidade de vida da população. Da para admirar quantos problemas tem sido identificados ao decorrer destas semanas estabelecendo as pautas no processo de trabalho, para solucionar os mesmos; algumas deficiências

têm solução em curto prazo e outras em longo prazo; contagiar a equipe de saúde, discutir os problemas, planejar estratégias de trabalho, procurar soluções são parte das mudanças que temos como trabalho futuro e estaremos mais confiantes de que com nosso esforço e empenho em cada uma das propostas atingiremos bons resultados, que é a nossa meta principal.

Acho que a mudança mais importante na unidade é a aceitação do médico pela comunidade e o trabalho continuado de equipe e a conscientização pela população da importância da cultura médica preventiva com a participação de maior número de usuários no programa HIPERDIA e em consulta, o cumprimento dos tratamentos preventivo-curativos e a organização do trabalho da equipe para o cumprimento dos programas de saúde melhorando os indicadores de saúde da unidade. Em muitos problemas identificados não temos governabilidade para solução em curto prazo, mas o problema está identificado para a solução a mediano prazo.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Brasil e muitos outros países vêm passando transformações demográficas profundas decorrentes do envelhecimento populacional, que aliadas a modificações nos padrões de alimentação e à redução da atividade física levaram ao crescimento da participação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil de morbimortalidade da população. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB), o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros: em como o diabetes mellitus (DM) que pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante as ações programáticas e que as equipes de atenção básica (AB) estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). (LEWINGTON et al., 2002; CHOBANIAN et al., 2003). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária) (BRASIL 2013¹, BRASIL 2013²). Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe

(prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.

A unidade ESF Monsenhor Assis, distrito 009 do município de Santiago RS, conta com uma estrutura física de médio porte, sem reforma, fora dos padrões do ministério, comportando de um consultório de assistência médica enfermagem, odontólogo, sala de recepção, curativo, farmácia, sala de vacina, sala de esterilização, sala de recepção lavagem e descontaminação do material, sala de puericultura, banheiros; também Temos muitos aspectos para melhorar estruturalmente, mas ainda não possuo poder de governabilidade, por exemplo, ainda existem barreiras arquitetônicas, dificultando o acesso dos usuários portadores de necessidades especiais ao serviço. Existe o mapa da área geográfica de abrangência, atualizando-se continuamente, já colocada onde os usuários tem acesso, na unidade são realizados rotineiramente hemoglicoteste, verificação de pressão arterial e outros exames são realizados no laboratório municipal. A unidade conta com equipe multidisciplinária, composta por um médico, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem e seis agentes de saúde.

Os profissionais da equipe dão cobertura para os 2.662 usuários da área adstrita com uma população alvo que atualmente é atendida na unidade, esta tem a visão de que a estratégia priorize assistências curativas nos atendimentos sem dar importância à promoção e prevenção da saúde, ponto importante para implementação de novos conceitos de práticas de prevenção e controle de risco, onde já foram implementadas palestras nas comunidades com o apoio do programa HIPERDIA, constituindo parte das mudanças. Temos uma população alvo na área adstrita de 350 usuários com hipertensão arterial e 103 usuários com diabetes mellitus com 20 anos ou mais acompanhados com uma cobertura de 59% de hipertensos e 61% de diabéticos com uma participação parcial e; é muito importante conhecer que as cifras numéricas são baixas, mas o acolhimento dos usuários para as duas doenças é um trabalho de equipe complicado na unidade porque preciso da ajuda e intervenção com qualidade, dos ACS que ainda é deficiente na realização das metas propostas. Com respeito a diabetes, o controle glicêmico, como objetivo principal do trabalho, considero é importante pela presença de usuários diabéticos com hipoglicemias noturnas muito. Outro aspecto importante é: a melhoria dos registros das informações, para manter atualizada a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados, realizando monitoramento e

avaliação dos registros que já está sendo realizada com um 60% de cumprimento, e capacitação aos agentes comunitários de saúde para utilização da Ficha A, e utilização do espaço nos grupos HIPERDIA para orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário. O processo de trabalho no que se refere à intervenção e atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos é interessante as duas são patologias que devem ser diagnosticadas mais precocemente possíveis. O desenvolvimento das ações de promoção nos usuários cadastrados e participantes HIPERDIA; teoricamente são utilizadas como fonte de trabalho pelos profissionais da equipe para realizar avaliação e monitoramento das ações aos adultos com as duas doenças, tendo em conta que os cuidados médicos e atenção preventiva por causa de instabilidade médica eram muito pobres, muitos usuários hipertensos tem repetido tratamentos com medicamentos que têm o mesmo efeito e diabético Tipo-I com doses de insulina inadequada e mau controle das cifras de glicose, além da existência do programa mesmo assim não cumpre o objetivo; só é para entregar medicamentos de uso contínuo na maioria dos encontros; identificando-se como meta a mudança do cumprimento da qualidade em 100% do programa HIPERDIA, mas atualmente o programa não funciona pela dificuldade da transportação, impossibilitando o monitoramento e avaliação de usuários do programa. Outro aspecto para realizar a intervenção é a identificação da porcentagem de mortalidade por Síndrome Coronária Aguda/IAM, que é alta.

Em seis meses trabalhando na unidade tem seis mortes por IAM em usuários hipertensos; a maioria das ativações para o SAMU são usuários com crises de hipoglicemias agudas, apresentando dois falecidos evitáveis por essa causa. Acho que o grau de ação programática continua em 50% para o cumprimento das metas, ainda temos como dificuldade o esforço e apoio de meus colegas para garantir que toda a equipe participe no processo de estudo, planejamento, monitorização e execução das ações propostas no foco da intervenção e melhorar a saúde da população, melhorar em 90% o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, com consultas com qualidade, visitas domiciliares para o rastreamento; realizando um acolhimento de usuários novos hipertensos e diabéticos, tratando de melhorar a adesão protocolos, melhorando a qualidade de atenção e realizando o registro atualizado e também promoção de saúde nos grupos e em consultas, realizando também a conscientização em integrantes de equipe da unidade respeito à

importância que tem o controle das duas doenças para aumentar em anos a expectativa de vida e a prevenção de mortes precoces, com o objetivo final de manter o controle dos 100% dos usuários cadastrados, hipertensos e diabéticos da área com mecanismos de consulta agendada, melhorar o trabalho de equipe e mudar condutas fazendo palestras e atividades com os usuários de prevenção e controle de riscos para finalmente obter indicadores altos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na ESF Monsenhor Assis, Santiago, RS.

2.2.2 Objetivos específicos

Objetivo 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/o diabéticos.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade de hipertensos e/o diabéticos.

Objetivo 3- Melhorar a adesão de hipertensos e/o diabéticos.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

Objetivo 5- Mapear avaliação de risco em hipertensos e/o diabéticos.

Objetivo 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

Metas objetivo 1:

1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas objetivo 2:

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Metas objetivo 3:

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

Metas objetivo 4:

- 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas objetivo 5:

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

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

Metas objetivo 6:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **16** semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) **Monsenhor Assis**, no Município de **Santiago**. O público alvo do projeto será todos os usuários com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus residentes na área de abrangência, que segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas são 595 hipertensos e 170 diabéticos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para o cumprimento do objetivo 1, as ações a realizar são:

No eixo Monitoramento e avaliação:

- *Ação:* Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- *Ação:* Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- *Detalhamento da ação:* Com a participação dos agentes comunitários e meu trabalho em consultas, realizaremos atualização com usuários novos o cadastro das duas ações para a localização realizando busca ativa e agendamento em consultas de um número de 185 usuários para HAS e uma cifra de 50 usuários para diabetes mellitus e cumprir a meta proposta de cadastramento de 90% das duas doenças.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

- *Ação:* Garantir o registro dos hipertensos e/o diabéticos cadastrados no Programa.
- *Detalhamento da ação:* Utilizaremos para a realização do registro e monitoramento dos dados que vamos a obter na intervenção o Formulário-1; (Questionário do Usuário) e ficha de espelho que vai ser preenchido pelo médico nas consultas agendadas quatro vezes por semana para cada usuário e de igual forma com agendamentos e uma Ficha de Avaliação Mensal-1 e atualização da ficha coleta de dados com os resultados da quantidade total de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e avaliados já diagnosticados e que pertencem ao programa HIPERDIA e os casos novos.
- *Ação:* Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Manter o livre acesso dos usuários portadores de HAS e/o diabéticos na unidade, organização por área de atendimento para usuários dos prontuários realização da triagem com qualidade pela técnica de enfermagem e o preenchimento das fichas FAAs.
- *Ação:* Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- *Detalhamento da ação:* Com apoio do gestor da secretaria da saúde manter o equipamento adequado com os especialistas (esfigmomanômetro, manguitos,

fita métrica) com qualidade e com test. de metrologia atualizada para cada material e seu manutenção.

- *Ação:* Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
- *Detalhamento da ação:* Com apoio do gestor da secretaria da saúde manter o equipamento adequado com os especialistas (glicômetro) com qualidade e com test. de metrologia atualizada para cada material e seu manutenção.
- *Ação:* Garantir localização de usuários da população com deficiências físicas hipertensos e/o diabéticos para avaliação com visitas domiciliares.
- *Detalhamento da ação:* Planejar visitas médica domiciliares que serão feita duas vezes por semana de tarde e busca ativa todos os dias com os agentes comunitários e garantir o registro adequado dos usuários portadores de necessidades especiais.

No eixo de engajamento público:

- *Ação:* Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- *Detalhamento da ação:* Realizar palestras educativas e audiovisuais nas comunidades e conversas com a população para explicar o funcionamento do programa e importância do cadastramento.
- *Ação:* Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- *Detalhamento da ação:* Realizar palestras educativas e audiovisuais nas comunidades e conversas com a população maior de 18 anos e realização de busca ativa de esta face etária para a verificação da pressão arterial.
- *Ação:* Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- *Detalhamento da ação:* Realizar palestras educativas e audiovisuais nas comunidades e informar a existência de consultas agendadas e reconsultas médicas em todo caso novo com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg e identificação de sinais precoces de diabetes.
- *Ação:* Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

- *Detalhamento da ação:* Orientação à população de informar quais são as sintomatologia e fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes mellitus realizando palestra nas comunidades e painel informativo.
- *Ação:* Orientar a comunidade a importância de mudança da visão de medicina preventiva e não curativa.
- *Detalhamento da ação:* Realizar palestras educativas conversas em consulta com todos os usuários, palestras audiovisuais e entrega de panfletos e uso de painel informativo, apoiada com uma atividade de rastreamento na unidade segundos domingos de cada mês, para a realização de hemoglicoteste, medição de pressão arterial e medição de peso em kg na população.

No eixo de qualificação da pratica clinica:

- *Ação:* Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/o diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- *Detalhamento da ação:* Realização de aulas realizadas pelo medico em horário de sexta de tarde, uma hora de aula, baseada nos protocolos dos cadernos de atenção básica, sobre como perguntar sintomas de pressão alta e identificação de sinais precoces de diabetes e a forma de verificar o comparecimento dos indivíduos com conversas nas famílias, às consultas agendadas na unidade de saúde e consultas de retorno para resultado de exames e acompanhamento, as primeiras duas semanas.
- *Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- *Detalhamento da ação:* Realização de aulas teórico-práticas com a participação de técnicas de enfermagem e médico em horário de sexta de tarde, uma hora de aula, para revisão das técnicas de verificação arterial reflexada em Cadernos de Hipertensão de Atenção Básica do Ministério da Saúde, as primeiras duas semanas.
- *Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- *Detalhamento da ação:* Realização de aulas teórico-práticas em horário de sexta de tarde, uma hora de aula, baseada nos protocolos dos cadernos de

atenção básica com a participação da enfermeira, para revisão da técnica de realização do hemoglicoteste reflexada em instrutivo de glicômetro, as primeiras duas semanas.

Para o cumprimento do objetivo 2 as ações a realizar são:

No eixo Monitoramento e avaliação:

- *Ação:* Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Planificação de consultas agendadas medica quatro vezes por semana para os usuários do programa e usuários novos diagnosticados com as duas doenças.
- *Ação:* Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- *Detalhamento da ação:* além de que ainda não proseemos os protocolos do município atualizados utilizaremos a versão atualizada dos cadernos de atenção básica para fazer, com a periodicidade a solicitude de exames laboratoriais que serão avaliados em consultas agendadas.
- *Ação:* Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- *Detalhamento da ação:* Realizar a solicitude pelo médico em consulta de acordo com as doenças e posterior planejamento de consulta agendada feito pela enfermeira.
- *Ação:* Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- *Detalhamento da ação:* além de que ainda não proseemos os protocolos do município atualizados utilizaremos a versão atualizada dos cadernos de atenção básica para fazer, com a periodicidade a solicitude de exames laboratoriais que serão avaliados em consultas agendadas.
- *Ação:* Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- *Detalhamento da ação:* Realizar a solicitude pelo médico em consulta de acordo com as doenças e posterior planejamento de consulta agendada feito

pela enfermeira.

- *Ação:* Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- *Detalhamento da ação:* Realizar monitorização do cumprimento da atualização de tratamentos, revisão e atualizações dos prontuários médicos e ficha A em consulta medica y por ACS em visitas domiciliares.
- *Ação:* Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- *Detalhamento da ação:* Planificação de consultas agendadas odontológicas para usuários hipertensos, quatro vezes por semana para os usuários do programa e usuários novos.
- *Ação:* Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.
- *Detalhamento da ação:* Planificação de consultas agendadas odontológicas para usuários diabéticos quatro vezes por semana para os usuários do programa e usuários novos.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

- *Ação:* Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realizar a leitura das atribuições de cada membro de equipe reflexada em Cadernos de Hipertensão e/o Diabetes de Atenção Básica do Ministério da Saúde.
- *Ação:* Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, para usuários hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Ainda não posemos os protocolos do município atualizados, só temos a versão atualizada dos cadernos de atenção básica.
- *Ação:* Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em hipertensão e/o diabetes.
- *Detalhamento da ação:* Realizar com a periodicidade semanal de treita minutos, palestras pelo médico as primeiras duas semanas.
- *Ação:* Dispor de versão atualizada do protocolo de hipertensão e/o diabetes, impressa na unidade de saúde.
- *Detalhamento da ação:* Ainda não posemos os protocolos do município atualizados, que ficam em discussa no município pelos profissionais da saúde, sim ter resultados.

- *Ação:* Garantir a solicitação dos exames complementares em usuários hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Garantir em consulta a solicitude dos exames complementares dos usuários e verificação de seu cumprimento realizando a avaliação e registro no prontuário.
- *Ação:* Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo principalmente ECG, em usuários hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Discutir com gestor da secretaria de saúde, e diminuir o tempo de um mês a quinze dias para realização de exames solicitado pelo médico em consulta e posterior planejamento de consulta agendada feito pela enfermeira que anotara no livro de consultas agendadas do médico a data e horário com o monitoramento, autorização e explicação ao usuário para posterior encaminhamento dele, com respeito ao laboratório onde vai ser feito o estudo, ou em caso de exames específicos o encaminhamento a secretaria de saúde onde temos apoio para autorização pelo SUS da realização dos exames especiais.
- *Ação:* Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- *Detalhamento da ação:* Garantir no livro de consultas agendadas do médico a data e horário com o monitoramento dos exames complementares.
- *Ação:* Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- *Detalhamento da ação:* Revisão dos medicamentos e a data de validade pela enfermeira semanalmente.
- *Ação:* Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- *Detalhamento da ação:* Cumprir com a atualização dos registros da ficha A e ficha de espelho dos usuários hipertensos e/o diabéticos em cada visita domiciliar e em consultas e também nas atividades com os grupos HIPERDIA.
- *Ação:* Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Planejar em cada usuário do programa HIPERDIA ou casos novos a avaliação odontológica, organizada pela técnica de

odontologia.

- *Ação:* Organizar a agenda de saúde bucal quatro vezes por semana para a realização do atendimento dos hipertensos e/o diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- *Detalhamento da ação:* Realizar a atividade de agendamento junto à consulta médica clínica no mesmo tempo em consultório odontológico com as anotações do odontólogo e auxiliar de odontologia no Formulário-1; questionário do usuário para o preenchimento de dados.

No eixo de engajamento público:

- *Ação:* Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/o diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- *Detalhamento da ação:* Planejar ações desenvolvidas nas comunidades, pelos agentes comunitários em visitas domiciliares de forma permanente para esclarecer na comunidade, fatores de risco para as duas doenças, perguntar se algum indivíduo da família tem sintomas de pressão alta ou diabetes, verificar o comparecimento desses indivíduos às consultas agendadas e conversas com usuários em consultas médicas.
- *Ação:* Orientar os usuários hipertensos e/o diabéticos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- *Detalhamento da ação:* Realizar palestras e conversas em grupos HIPERDIA e em consulta médica, para explicar importância da realização dos exames complementares.
- *Ação:* Orientar os usuários hipertensos e/o diabéticos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- *Detalhamento da ação:* Realizar palestras e conversas em grupos HIPERDIA e em consulta médica, para explicar importância da realização periódica dos exames complementares.
- *Ação:* Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- *Detalhamento da ação:* Realização de palestras, entrega de panfletos e uso de painel informativo, sobre a importância do programa de hipertensão e diabetes e o cumprimento dos tratamentos e a forma de acesso para obter na Farmácia Popular /Hiperdia e explicação da existência de alternativas.
- *Ação:* Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realização de palestras, entrega de panfletos e uso de painel informativo referente à importância da realização da consulta de saúde bucal, boas técnicas de escovado dental e cuidado em diabéticos e hipertensos para a prevenção de infecções da boca.

No eixo de qualificação da prática clínica:

- *Ação:* Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realização de aulas teórico-práticas com a equipe para o conhecimento da realização de exame clínico apropriado em hipertensos e/o diabéticos as duas primeiras semanas.
- *Ação:* Capacitar a equipe para seguir o protocolo de hipertensão e/o diabetes, adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- *Detalhamento da ação:* Realização de aulas com a equipe para explicar a importância da realização e cumprimento do protocolo reflexados em Cadernos de Atenção Básica, da solicitação de exames complementares em usuários as primeiras duas semanas.
- *Ação:* Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/o diabetes.
- *Detalhamento da ação:* Realização de aulas com temas de atualização dos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos reflexados em Cadernos de Atenção Básica as primeiras duas semanas.
- *Ação:* Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- *Detalhamento da ação:* Realizar palestras com os profissionais de equipe para o conhecimento dos medicamentos de uso em diabéticos e/o hipertensos e técnicas de orientação aos usuários e alternativas de acesso

para obter a medicação.

- *Ação:* Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realizar aulas e conversa com apresentação de material didático médico odontológico e a participação da auxiliar de odontologia, trazendo o número de consultas odontológicas feitas na unidade para ter o conhecimento e monitorização da intervenção em porcentagem e o esclarecimento das dúvidas de equipe respeito ao tema.

Para o cumprimento do objetivo 3 as ações a realizar são:

No eixo Monitoramento e avaliação:

- *Ação:* Monitorar o cumprimento em hipertensos e/o diabéticos da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- *Detalhamento da ação:* A ação será feita pela enfermeira, ela vai supervisionar de forma permanente com ajuda do medico a atividade na unidade e informara cada semana na reunião de equipe.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

- *Ação:* Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e usuários hipertensos e/o diabéticos com limitações.
- *Detalhamento da ação:* Planejar aos agentes comunitários visitas para a localização do usuário e verificar o comparecimento posterior dos usuários hipertensos e diabéticos e casos novos faltosos e com limitações, às consultas agendadas na unidade de saúde.
- *Ação:* Organizar a agenda quatro vezes por semana para acolher os hipertensos e/o diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- *Detalhamento da ação:* Planejar cada semana em reunião de equipe a quantidade de usuários provenientes das buscas domiciliares para o agendamento.

No eixo de engajamento público:

- *Ação:* Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas

em hipertensos e/o diabéticos.

- *Detalhamento da ação:* Realizar conversas com a comunidade, com a família dos faltosos e com limitações, esclarecer a família sobre os fatores de risco para as duas doenças, orientando sobre as medidas de prevenção e verificar a presença de sintomas utilizando painel informativo, banner, informações educativas e importância da realização da consulta.
- *Ação:* Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/o diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- *Detalhamento da ação:* Realizar com painel informativo, banner, informações educativas de esclarecimento que ficaram dentro da unidade de saúde em sala de espera; a mesma estratégia pode ser feita depois da escuta dos portadores de hipertensão e diabetes com suas ideias nas consultas e local dos grupos HIPERDIA.
- *Ação:* Esclarecer aos portadores de hipertensão e/o diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- *Detalhamento da ação:* Realização de palestras em salas de esperas para esclarecimento da periodicidade da realização das consultas.

No eixo de qualificação da prática clínica:

- *Ação:* Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/o diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- *Detalhamento da ação:* Utilização do material didático em vídeo visual em sala de espera, para melhorar o trabalho de intervenção na identificação de dados em usuários, esclarecer dúvidas das orientações e problemática da comunidade e periodicidade em consulta.

Para o cumprimento do objetivo 4 as ações a realizar são:

No eixo Monitoramento e avaliação:

- *Ação:* Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/o diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

- *Detalhamento da ação:* A enfermeira realizara de forma permanente a monitorização tendo em conta que os prontuários incluem o formulário-1 do usuário, cada registro vão ser organizados por grupos de famílias de cada agente comunitário e a ficha de hipertenso e diabético de controle de medicação atualizada y monitorizada por agentes comunitários.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

- *Ação:* Manter as informações do SIAB atualizadas de hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Cumprimento das informações do SIAB será feitas pela enfermeira com atualização e entrega a secretaria da saúde por ela que tem que ser periódica.
- *Ação:* Manter a ficha de acompanhamento de hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Revisão periódica e em cada consulta agendada e a atualização da ficha de acompanhamento com os dados refletidos.
- *Ação:* Pactuar com a equipe registro das informações de hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Organizar o registro por famílias feito pelos agentes comunitários.
- *Ação:* Definir responsável pelo monitoramento dos registros de hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Discutir em reuniões de equipe o responsável pelo monitoramento dos registros.
- *Ação:* Organizar um sistema de registro de hipertensos e/o diabéticos, 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 da ação:* A informação será feita pelo medico e será discutida em reuniões de equipe cada semana para ter conhecimento de situações de alertas e atraso em cada usuário e fazer outro agendamento da consulta.

No eixo de engajamento público:

- *Ação:* Orientar os usuários hipertensos e/o diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- *Detalhamento da ação:* Realizar pelos agentes comunitários atividades de grupo para comunicar as informações do tema sobre direitos e acesso a segunda via e pela enfermeira em tempos intermédios das consultas de forma permanente, com usuários, em sala de espera com banner e panfletos, painel informativos e educativos e vídeo visual.

No eixo de qualificação da pratica clinica:

- *Ação:* Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/o diabético.
- *Detalhamento da ação:* Planejar duas primeiras semanas para realizar aulas pratica de capacitação de equipe em preenchimento de ficha de espelho e formulário-1 e mensal.
- *Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos de hipertensos e/o diabéticos, em todas as consultas.
- *Detalhamento da ação:* Realizar aulas de capacitação duas primeiras semanas pelo medico, de nomes de medicamentos da farmácia popular e exames específicos para as duas doenças.

Para o cumprimento do objetivo 5 as ações a realizar são:

No eixo Monitoramento e avaliação:

- *Ação:* Monitorar o número de usuários hipertensos e/o diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- *Detalhamento da ação:* Será feita em consulta quatro vezes por semana de manhã e um dia de manhã e de tarde depois das solicitudes dos exames correspondentes para cada usuário, diabético e hipertenso e caso novo com o preenchimento do formulário de risco, e cada sexta, informar o número de usuários atendidos com formulário feito e aqueles que têm que reagendar para continuar o estudo priorizando usuários, um ao dia, avaliado como de

alto risco.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

- *Ação:* Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos e/o diabéticos avaliados como de alto risco.
- *Detalhamento da ação:* Realização de consultas e encaminhamentos para usuários de alto risco.
- *Ação:* Organizar a agenda para o atendimento desta demanda em usuários hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Planejar em agenda medica as consultas medicas para o atendimento.

No eixo de engajamento público:

- *Ação:* Orientar os usuários hipertensos e/o diabéticos, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- *Detalhamento da ação:* Realizar palestras de forma periódica com temas referente à importância da realização da consulta de enfermagem e médica, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento nos grupos HIPERDIA com e a previa coordenação com gestores da secretaria para ativação da Equipe multiprofissional com inserção de outros profissionais.
- *Ação:* Esclarecer os usuários hipertensos e/o diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- *Detalhamento da ação:* transmitir informações as comunidades, respeito à importância de encaminhar ao usuário ao médico, em caso de usuários com sintomas prévios de hipertensão e diabetes e programar consultas agendadas, com planejamentos de vídeos na sala de espera da unidade, painel informativos, panfletos, palestras para orientação nutricional, realização de orientações para pratica de atividade física regular, realização de orientações sobre risco do tabagismo e orientações sobre higiene bucal, de forma periódica.

No eixo de qualificação da prática clínica:

- *Ação:* Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realizar o estudo do formulário-1 com dados de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo que tem que ser de conhecimento de toda a equipe explicando o objetivo do formulário-1 e a importância de sua realização em todo usuário cadastrado a atividade será feita as duas primeiras semanas.
- *Ação:* Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realizar em reuniões de equipe com discussão da importância na realização da avaliação de risco em todo usuário cadastrado e o planejamento também das consultas agendadas em usuários por classificação de risco.
- *Ação:* Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realizar aulas de capacitação duas primeiras semanas pelo médico para o conhecimento da equipe dos fatores de risco modificáveis em hipertensos e/o diabéticos e o controle com atividades preventivas educativas.

Para o cumprimento do objetivo 6 as ações a realizar são:**No eixo Monitoramento e avaliação:**

- *Ação:* Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realizar as conversas em reuniões da equipe para monitorizar o cumprimento das atividades planejadas de orientação nutricional à comunidade.
- *Ação:* Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos

hipertensos e/o diabéticos.

- *Detalhamento da ação:* Realizar as conversas em reuniões da equipe para monitorizar o cumprimento das atividades planejadas de orientação para atividade física regular à comunidade.
- *Ação:* Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Avaliação dos prontuários dos usuários tabagistas sua localização individual y as ações feitas de educação preventiva.
- *Ação:* Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Avaliação dos prontuários dos usuários a realização de orientação sobre higiene bucal e o preenchimento da ficha-1 e a conversa de casos com avaliação feita em reuniões de equipe.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

- *Ação:* Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Planejamento de atividades que fomentem as pratica coletivas de alimentação saudável com a participação da comunidade e reflexar em caderno de atividades de planejamento da unidade com a data de realização, o tipo de atividade para realizar o responsável para sua execução e onde acontecera e se precisa de apoio do gestor de atenção básica da secretaria de saúde.
- *Ação:* Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade sobre alimentação saudável em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Inserção de outros profissionais (nutricionistas) como a equipe multiprofissional e a participação nos grupos HIPERDIA previa coordenação com gestores da secretaria.
- *Ação:* Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Planejamento de atividades que fomentem as pratica coletivas de atividade física com a participação da comunidade e reflexar em

caderno de atividades de planejamento da unidade com a data de realização, o tipo de atividade para realizar o responsável para sua execução e onde aconteceu e se precisa de apoio do gestor de atenção básica da secretaria de saúde.

- *Ação:* Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade orientação de atividade física em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Inserção de outros profissionais (professor de educação física) como a equipe multiprofissional e a participação nos grupos HIPERDIA previa coordenação com gestores da secretaria.
- *Ação:* Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realizar coordenação com a secretaria de saúde para a compra de medicamento com o apoio do grupo de atendimento antitabagista da secretaria da saúde realizar ações de educação e abandono do tabagismo.
- *Ação:* Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Utilização da sala de espera para conversas sobre ações educativas individual em usuários.

No eixo de engajamento público:

- *Ação:* Orientar hipertensos e/o diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- *Detalhamento da ação:* Realização de projeto de alimentação saudável com painel informativos em mercados perto a comunidade, identificação dos usuários dispostos para ajudar de forma permanente, mesmo assim ajudar o usuário seguir as orientações alimentares, realizar atividades educativas com vídeos na sala de espera da unidade, painel informativos, panfletos, palestras de forma periódica com temas referentes à importância da realização da alimentação saudável.
- *Ação:* Orientar diabéticos e/o diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- *Detalhamento da ação:* Realização de duas caminhadas com usuários da comunidade, identificação dos usuários dispostos para ajudar de forma permanente, mesmo assim ajudar o usuário seguir as orientações da prática de atividade física, realizar atividades educativas com vídeos na sala de espera da unidade, painel informativos, panfletos, palestras de forma periódica com temas referentes à importância da realização da prática de atividade física regular.
- *Ação:* Orientar os hipertensos e/o diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- *Detalhamento da ação:* Realização de palestras e painel informativos que eduquem a comunidades e conheçam os riscos do tabagismo e tratamento atualizado por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte.
- *Ação:* Orientar os hipertensos e/o diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- *Detalhamento da ação:* Realização de palestras e painel informativos que eduquem a comunidades com técnicas de autocuidado específicas para usuários hipertensos e diabéticos, pelo odontólogo nas consultas programadas de forma permanente com atividades educativas e por meio de ações individuais e coletivas, aos usuários; como evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação e uso de fio dental.

No eixo de qualificação da prática clínica:

- *Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realização de encontros em sala de espera, primeiras duas semanas com recursos que tem a unidade e outros programados com apoio do gestor da secretaria de saúde do município e apresentação de um tema de estudo utilizando material didático, multimídia com Datashow, lousa, caneta e apagador como recursos, para realizar aulas com temas referentes a práticas de alimentação saudável, com o apoio de nutricionista, psicólogo e psiquiatra a conversa em cada tema deve ser interativa com cada integrante de equipe melhorando o conhecimento em cada tema de estudo.

- *Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realizar coordenação com a secretaria de saúde para obter técnicas de metodologia de educação em saúde.
- *Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realização de encontros em sala de espera, primeiras duas semanas com recursos que tem a unidade e outros programados com apoio do gestor da secretaria de saúde do município e apresentação de um tema de estudo utilizando material didático, multimídia com Datashow, lousa, caneta e apagador como recursos, para realizar aulas com temas referentes a promoção da prática de atividade física regular , com o apoio de nutricionista, psicólogo e psiquiatra a conversa em cada tema deve ser interativa com cada integrante de equipe melhorando o conhecimento em cada tema de estudo.
- *Ação:* Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realização de encontros em sala de espera, primeiras duas semanas com recursos que tem a unidade e outros programados com apoio do gestor da secretaria de saúde do município e apresentação de um tema de estudo utilizando material didático, multimídia com Datashow, lousa, caneta e apagador como recursos, para realizar aulas com temas referentes a tratamento de usuários tabagistas, com o apoio de psicólogo e psiquiatra a conversa em cada tema deve ser interativa com cada integrante de equipe melhorando o conhecimento em cada tema de estudo.
- *Ação:* Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal em hipertensos e/o diabéticos.
- *Detalhamento da ação:* Realização de encontros em sala de espera, primeiras duas semanas com recursos que tem a unidade e outros programados com apoio do gestor da secretaria de saúde do município e apresentação de um tema de estudo utilizando material didático, multimídia com Datashow, lousa, caneta e apagador como recursos, para realizar aulas com temas referentes a tratamento de usuários tabagistas, com o apoio de psicólogo e psiquiatra a conversa em cada tema deve ser interativa com cada integrante de equipe

melhorando o conhecimento em cada tema de estudo.

2.3.2 Indicadores

Para o monitoramento das metas propostas no objetivo 1 utilizaremos os seguintes indicadores:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no foco de Hipertensão e Diabetes vamos adotar o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde de Hipertensão Arterial Sistêmica número 37 do ano 2013 e Caderno de Atenção Básica de Diabetes numero 36 do ano 2013, também usaremos protocolos estabelecidos nas Linhas de Cuidados em Hipertensão e Diabetes da Organização Pan-americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde com representação em Brasil do ano 2010. Também utilizaremos para a realização do registro e monitoramento dos dados que vamos a obter na intervenção o Formulário-1; (Questionário do Usuário); que vai ser preenchido pelo médico nas consultas agendadas quatro vezes por semana para cada usuário, com os dados necessários para o registro: a idade, cifras de colesterol total, LDL, HDL, peso em kg, se é fumante, diabético, hipertenso ou as duas doenças, cifras do teste de glicemia em jejum, para realização do score de Pontos Framingham, a avaliação de saúde bucal que vai trabalhar em conjunto com as consultas planejadas de igual forma com agendamentos e uma Ficha de Avaliação Mensal-1 com os resultados da quantidade total de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e avaliados já diagnosticados e que pertencem ao programa HIPERDIA e os casos novos, produto do trabalho de busca ativa com os dados da classificação total do score feito e classificado em risco relativo, muito baixo, baixo, moderado, alto, e muito alto, e a avaliação odontológica; mesmo assim poder coletar todos os dados para realização dos indicadores necessários para o monitoramento da intervenção o médico clínico e o odontólogo realizarão o preenchimento do formulário elaborado de forma complementar que será anexada as fichas de hipertenso e diabético com a ficha de controle de medicação elaborada pelos agentes comunitários com as medicações atualizadas em todos os hipertensos e diabéticos.

Estimamos alcançar 90% do cadastramento dos hipertensos e diabéticos; para alcançar a cifra temos que aumentar em 185 usuários para hipertensão arterial e 50 usuários para a diabetes mellitus por tanto temos que imprimir um total de 235

formulários-1 do usuário e quatro fichas de avaliação mensal-2 contando na unidade com fotocopadora e apoio do gestor da secretaria da saúde.

Com respeito à organização dos registros a enfermeira técnica revisará todos os prontuários com cada formulário do usuário semanalmente e informará em cada reunião semanal os usuários planejados da semana em consultas agendadas para poder identificar os faltosos, exames laboratoriais e exame bucal em atrasos, teste de glicemia e escore de Framingham não feito, realizando anotações que depois serão discutidas em reunião de equipe todas as sextas de tarde para poder realizar uma nova busca ativa dos usuários, com os agentes comunitários, ao mesmo tempo nas reuniões os agentes comunitários informarão os usuários com deficiência física com hipertensão e diabetes, para a avaliação deles em conjunto com o médico, em visitas domiciliares e realizar o preenchimento do formulário em casa e atualização dos tratamentos medicamentosos e não medicamentoso; tendo em conta que são usuários com tratamento especial, os agentes comunitários nas reuniões de equipe devem ter por semana dois usuários com deficiência física identificada e poder determinar mais rápido a sua localização, para o planejamento das visitas domiciliares que serão feitas duas vezes por semana de tarde e garantir o registro adequado e o controle do processo de intervenção.

A ação correspondente a melhorar o acolhimento dos usuários já está estabelecida; realizando a ficha clínica correspondente para cada usuário no local de triagem, realizado pela auxiliar de enfermagem no dia a dia de manhã e de tarde, com a verificação dos níveis da pressão arterial, peso em Kg, altura e circunferência abdominal, também a realização do rastreamento com glicemia de jejum em indivíduos maiores de 18 anos, uso e cuidado dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção quando necessária, encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência, controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade tendo em conta que não temos farmacêutico e agendar consultas e reconsultas médicas em todo caso novo com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e identificação de sinais precoces de diabetes como sudorese, cefaleia, palpitação, tremores ou uma sensação desagradável de apreensão e sintomatologia da diabetes como poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada com glicemia casual maior de 200 mg/dl realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições, em cada demanda

espontânea da unidade de saúde e usuários agendados para busca ativa de casos novos que vai ser apoiada com uma atividade de rastreamento na unidade tendo como responsável o médico enfermeira e a participação de auxiliar de enfermagem e todos os ACS, segundos domingos de cada mês, para a realização de hemoglicoteste, medição de pressão arterial e medição de peso em kg na população maior de 18 anos adstrita, com apoio de estudantes de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI-Câmpus de Santiago.

O trabalho que será feito para alcançar a meta estabelecida neste objetivo vai ter um impacto muito grande na população da área adstrita e na população alvo que já tem muito bom efeito até o mês atual, porque o trabalho de intervenção começou há um mês com deficiências que vamos identificando todas as semanas e discutidas em reuniões de equipe. Por isso os planejamentos de ações desenvolvidas nas comunidades, serão feitas fundamentalmente pelos agentes comunitários em visitas domiciliares de forma permanente para esclarecer na comunidade, fatores de risco para as duas doenças, perguntar se algum indivíduo da família tem sintomas de pressão alta ou diabetes, verificar o comparecimento desses indivíduos às consultas agendadas na unidade de saúde e retorno para resultado de exames e acompanhamento, localizar todos os indivíduos maiores de 18 anos e perguntar se o indivíduo tem feita a avaliação em consulta e medida de pressão arterial e hemoglicoteste para posterior registro em sua ficha de acompanhamento e planejar e agendar a consulta médica clínica, também melhorar a qualidade dos grupos de Hipertensão com a participação do médico, auxiliar de enfermagem, enfermeira e agentes comunitários, com o apoio da gestora da secretaria de saúde e a criação de um grupo de apoio com nutricionista e professor de educação física para realização de palestras, entrega de panfletos e uso de painel informativo, sobre a importância do programa de hipertensão e diabetes, controle dos fatores de risco, alimentação saudável e prática de exercício físico e rastreamento, também apresentação de usuários novos no grupo de Hipertensão e conversas sobre a importância que tem a intervenção que estamos realizando, para mudar a visão que tem a população de que a medicina mais importante é a curativa e não a preventiva. Para capacitar os agentes comunitários e a equipe da unidade, começaremos a realizar apresentações de temas referentes à hipertensão e diabetes, usando banner, painéis informativos, lousa, caneta, e vídeo visual em sala de espera, planejando para cada agente comunitário um tema já escolhidos com há discuta 30 minutos em reuniões de

equipe na unidade todas as semanas e a monitorização do médico para ter uma melhor discussão da atividade de capacitação.

Com respeito às ações de organização e gestão planejadas no objetivo dois, será realizada cada semana com o estudo da leitura das atribuições para cada integrante de equipe reflexada em Cadernos de Hipertensão e Diabetes de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a discussão dos casos mais relevantes em quanto a dificuldades dos tratamentos medicamentosos e acompanhamento médico dos usuários identificados em consulta e visitas domiciliares para poder estabelecer prioridades de atendimento, além de que ainda não temos os protocolos do município atualizados, que ficam em discussão no município pelos profissionais da saúde, sem ter resultados, e só temos a versão atualizada dos cadernos de atenção básica para fazer, com a periodicidade semanal de trinta minutos, palestras pelo médico para nossa atualização dos temas referentes ao foco de intervenção.

A atividade referente à consulta de saúde bucal nas duas doenças será feita e planejada em cada usuário, junto à consulta médica clínica no mesmo tempo em consultório odontológico, quatro vezes por semana de manhã e um dia de manhã e de tarde com as anotações do odontólogo e auxiliar de odontologia no Formulário-1; questionário do usuário para o preenchimento de dados e monitorização.

Nas ações correspondentes ao monitoramento dos exames complementares já foi explicado anteriormente, mas garantir os exames a agilidade deles principalmente na realização de ECG, foi discutido com gestor da secretaria de saúde, e podemos diminuir o tempo de um mês a quinze dias para sua realização em usuários, cada exame vai ser solicitado pelo médico em consulta de acordo com as doenças e posterior planejamento de consulta agendada feito pela enfermeira que anotara no livro de consultas agendadas do médico a data e horário com o monitoramento, autorização e explicação ao usuário para posterior encaminhamento dele, com respeito ao laboratório onde vai ser feito o estudo, ou em caso de exames específicos o encaminhamento a secretaria de saúde onde temos apoio para autorização pelo SUS da realização dos exames especiais.

As ações correspondentes ao trabalho de orientação nas comunidades serão feitas com o apoio dos próprios usuários do programa HIPERDIA para realizar a atividade cada grupo vai ter um representante que ajude para a localização dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos ao grupo previa comunicação com agentes comunitários para sua identificação sendo os ACS responsável desta

atividade e o médico e enfermeira falar sobre riscos cardiovasculares e neurológicas e a importância da avaliação periódica em consulta dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades e importância da realização da consulta de saúde bucal, boas técnicas de escovado dental e cuidado em diabéticos e hipertensos para a prevenção de infecciones da boca por parte de o odontólogo; também a informação aos usuários que não tem feito a avaliação odontológica, e a conversa com usuários que não tem feito os exames estabelecidos para a realização do escore de risco nas duas doenças, em cada encontro uma vez por semana em horário da tarde na atividade do grupo, para poder localizar aqueles usuários que não tem feita a avaliação e agendar consultas programadas na unidade.

A capacitação de equipe para o conhecimento das necessidades de atendimento odontológico será feito cada semana sexta de tarde com a conversa, apresentação de material didático do médico odontólogo e a auxiliar de odontologia, trazendo o número de consultas odontológicas feitas na unidade para ter o conhecimento e monitorização da intervenção em porcentagem e o esclarecimento das dúvidas de equipe respeito ao tema e discutir o cumprimento do protocolo adotado pela unidade para a realização dos exames complementares dos usuários.

O monitoramento e cumprimento das ações do objetivo três; das consultas previstas (consultas em dia), em hipertensos e diabéticos serão realizados pela enfermeira, ela vai supervisionar de forma permanente a atividade na unidade e informara cada semana na reunião de equipe o número de usuários faltosos a consultas para que o agente comunitário depois proceda à localização do usuário e verificar o comparecimento posterior dos usuários hipertensos e diabéticos às consultas agendadas na unidade de saúde. A organização das visitas domiciliares para localização dos usuários hipertensos e diabéticos confirmados e casos novos faltosos e com limitações também será planejada cada semana em reunião de equipe e serão realizadas pelos agentes comunitários, todos os dias em trabalho nas comunidades e com a ajuda dos representantes dos grupos HIPERDIA o agente tem que realizar uma conversa com a família do usuário com limitações, esclarecer a família sobre os fatores de risco para as duas doenças, orientando sobre as medidas de prevenção, verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular e diabetes, perguntar, sempre, ao usuário com limitação ou não hipertenso ou diabético se o mesmo cumpre com regularidade o tratamento medicamentoso e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso também

rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 18 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa e verificar o comparecimento dos usuários hipertensos e diabéticos com confirmação diagnóstica e os casos novos da família às consultas agendadas quatro vezes por semana na unidade de saúde sendo responsável o médico pela realização e falando antes de cada consulta com os usuários agendados sobre a importância e esclarecimento da periodicidade delas, para o controle das duas doenças e como estratégias para diminuir o número de usuários que evadem as consultas por desconhecimento e também realizar com painel informativos, banner, informações educativas de esclarecimento que ficaram dentro da unidade de saúde em sala de espera; a mesma estratégia pode ser feita depois da escuta dos portadores de hipertensão e diabetes com suas ideias para melhorar a assistência dos usuários nas consultas utilizando o local dos grupos HIPERDIA tendo como responsável da atividade o médico que será feita uma vez por semana de tarde.

A capacitação dos auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários serão de forma permanente na unidade, esclarecendo dúvidas das orientações e problemática da comunidade, ao término do dia de trabalho, para esclarecimento e cumprimento das ações encaminhadas a realização com periodicidade da assistência dos usuários a consultas médicas, utilizando material didático em vídeo visual em sala de espera, para melhorar o trabalho de intervenção na identificação de dados em usuários nas comunidades.

O monitoramento dos registros e a qualidade deles das ações do objetivo quatro, serão realizadas pela enfermeira de forma permanente tendo em conta que os prontuários incluem o formulário-1 do usuário, cada registro vão ser organizados por grupos de famílias de cada agente comunitário e a ficha de hipertenso e diabético de controle de medicação atualizada e monitorizada por agentes comunitários para organizar o trabalho os usuários com situações de alertas serão identificados por auxiliar de enfermagem no primeiro momento e informado em reunião de equipe para definir estratégias de trabalho de novo agendamento para consulta e atualização de tratamento e realização de formulário-1; o cumprimento das informações do SIAB são feitas pela enfermeira com atualização e entrega a secretaria da saúde por ela que tem que ser periódica, as ações sobre as orientações a população e os direitos em relação a manutenção de seus registros e direitos a segundas vias o responsável são os agentes comunitários que em

atividades de grupo comunicaram as informações do tema, e pela enfermeira em tempos intermédios das consultas de forma permanente, com usuários, em sala de espera com banner e panfletos, painel informativos e educativas e vídeo visual.

A capacitação com temas referentes aos dados para o preenchimento por parte do médico de formulário-1, também será tema de capacitação para a equipe nas sextas de tardes todas as semanas em reunião de equipe para conhecer todos os dados que tem que ser preenchido no formulário-1 de usuário para o trabalho de rastreamento de casos nas comunidades e o responsável será o médico da equipe que também realizara atualizações de ações farmacológicas dos medicamentos usados nas duas doenças.

O trabalho para a ação sobre a realização da avaliação e monitorização uma vez ao ano, da estratificação de risco será responsabilizada ao médico da unidade e será feita em consulta quatro vezes por semana de manhã e um dia de manhã e de tarde depois das solicitações dos exames correspondentes para cada usuário, diabético e hipertenso e caso novo com o preenchimento do formulário de risco que vai auxiliar de forma simples o trabalho e armazenado junto ao prontuário dos usuários para o controle deles, e cada sexta, informar o número de usuários atendidos com formulário feito e aqueles que têm que reagendar para continuar o estudo priorizando usuários, um ao dia, avaliado como de alto risco.

O trabalho de orientação as comunidades fundamentalmente será feitas nos grupos HIPERDIA com a previa coordenação com gestores da secretaria para ativação da Equipe multiprofissional com inserção de outros profissionais, especialmente nutricionista, assistentes sociais, psicólogo, odontólogo da unidade, professor de educação física para destacar a importância das ações de prevenção e controle de fatores de risco modificáveis, nas duas doenças e também com vídeos na sala de espera da unidade, painel informativos, panfletos, palestras todos os dias de forma periódica com temas referentes à importância da realização da consulta de enfermagem e médica, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, realizar palestras para transmitir informações as comunidades respeito à importância de encaminhar ao usuário ao médico, em caso de usuários com sintomas prévios de hipertensão e diabetes programar consultas agendadas semestrais com o médico da equipe, usuários controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidade, consultas trimestrais, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais,

sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades mais indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades, consultas mensais.

Tendo em conta a importância de confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos alvo e co-morbidades realizando a estratificação de risco segundo o escore de Framingham dos portadores de hipertensão e diabetes, a capacitação da equipe é principal, na prática já estamos fazendo com a responsabilidade do médico o estudo do formulário-1 e os dados que tem que ser de conhecimento de toda a equipe explicando o objetivo do formulário-1 e a importância de sua realização em todo usuário cadastrado a atividade será feito uma vez por mês pelo médico em reuniões de equipe em forma de discussões, uso de multimídia, material didático e planejamento de estratégias de visitas domiciliares com os agentes comunitários com usuários com risco moderado, alto, e muito alto para o acompanhamento periódico e identificação, e planejamento também das consultas agendadas em usuários com essa classificação de risco e em caso dos diabéticos a identificação dos estilos de vida, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso com a avaliação de percepção cutânea no pé.

Monitorizar as ações de promoção; é orientação para cada integrante de equipe, mas as atividades planejadas que serão feitas têm como responsável principal a enfermeira da equipe em conjunto com o médico, cada atividade será programada e orientada as sextas de cada semana monitorizando o cumprimento das atividades da semana anterior em discussões em reuniões de equipe e será reflexadas em caderno de atividades de planejamento da unidade com a data de realização, o tipo de atividade para realizar o responsável para sua execução e onde aconteceu e se precisa de apoio do gestor de atenção básica da secretaria de saúde e poder avaliar as ações correspondentes em hipertensos e diabéticos em quanto a: realização de orientação nutricional, realização de orientações para prática de atividade física regular, realização de orientações sobre risco do tabagismo e orientações sobre higiene bucal, já temos planejado duas caminhadas e realização de projeto de alimentação saudável com painel informativos em mercados perto a comunidade. As estratégias priorizadas para o foco de intervenção; hipertensão e diabetes pela unidade da saúde têm como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais

perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida das comunidades.

A inserção de outros profissionais como a equipe multiprofissional, e até portadores do diabetes e hipertensão mais experientes dispostos a colaborar em atividades educacionais e de promoção é muito enriquecedora, destacando-se a importância das ações interdisciplinar para a prevenção do diabetes e hipertensão e suas complicações por tanto o rastreamento com a identificação dos usuários dispostos para ajudar é parte do trabalho dos agentes comunitários de forma permanente, mesmo assim ajudar o usuário seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular. Cada uma destas atividades individualizadas serão realizadas também pela auxiliar de enfermagem em consulta de triagem para cada hipertenso e diabético cadastrado, pelo médico em consultas agendadas e de livre demanda; realizando conversas individuais de forma permanente sobre: controle de peso e a importância de diminuir de 5% a 10% do peso corporal em usuários com excesso de peso para produzir redução da pressão arterial e controlar a diabetes; adoção de hábitos alimentares saudáveis; reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o sal da mesa, restringindo as fontes industrializadas de sal; limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas; dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola e outros; substituir sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura; incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário; optar por alimentos com reduzido teor de gordura do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal e identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados; estimular a abandonar o hábito do tabagismo por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte; também de forma estimular que os usuários se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada já programado, e técnicas de autocuidado específicas para usuários hipertensos e diabéticos; pelo odontólogo nas consultas programadas de forma permanente com atividades educativas, por meio de ações individuais e coletivas, aos usuários; como evidênciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação e uso de fio dental.

Para realizar as ações de saúde de equipe respeito à capacitação das ações do objetivo número seis, planejamos encontros em sala de espera todas as semanas nas sextas com recursos que tem a unidade e outros programados com

apoio do gestor da secretaria de saúde do município. Para colocar a ação em prática o médico e enfermeira apresentaram um tema de estudo e utilizaram material didático, multimídia com Datashow, lousa, caneta e apagador como recursos, para realizar aulas em uma hora com temas referentes a praticas de alimentação saudável, promoção sobre pratica de atividade física regular, tratamentos de usuários tabagistas, metodologia de educação em saúde e orientações sobre higiene bucal com o apoio de nutricionista, psicólogo psiquiatra e odontólogo a conversa em cada tema deve ser interativa com cada integrante de equipe melhorando o conhecimento em cada tema de estudo.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANA 01 - 16															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais dos protocolos do Caderno de Atenção Básica #37,#36 do Ministério da Saúde, e atribuição dos profissionais na intervenção.	x	x														
Treinamento (capacitação) dos agentes comunitários para a orientação aos HSA e DM quanto às ações de saúde aos assuntos afins, para realização de visita domiciliar, e busca ativa.	x	x														
Capacitação da equipe para identificação dos fatores de risco. Formulário-1, Ficha de Avaliação Mensal-1.	X	X														
Cadastramento de 90% dos HSA e DM da área, incluindo usuários com deficiências físicas.	x	x	X	x	x	X	x	x	X	x	x	X	x	x	X	x
Grupo de HAS e DM com apoio multiprofissional.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa dos usuários faltosos em grupo HIPERDIA por ACS e orientação sobre hábitos alimentares saudáveis e realização de atividades físicas, caminhadas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realização de grupos das microáreas, orientações sobre os riscos de tabagismo e obesidade.				x				x				x				
Atendimento clínico e de enfermagem.	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X
Atendimento domiciliar aos HSA e DM com deficiência física.	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x
Reunião com a equipe para determinar usuários faltosos, visita domiciliar, usuários e atualização do cadastro de usuários novos.	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X
Monitoramento do cumprimento dos exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos solicitados nas consultas.	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x
Priorização dos usuários com HAS e DM com maior risco de morbimortalidade, preenchimento do Formulário-1.	x	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x
Avaliação em consulta com o odontólogo à assistência dos usuários com HAS e DM.	x	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x
Busca ativa de usuários obesos, com hábitos de tabagismo e rastreamento de HAS e DM.	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X
Busca ativa dos HSA e DM faltosos as consultas.	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	x
Monitoramento e avaliação dos dados da intervenção.	x	x	X	x	x	X	x	x	X	x	x	X	x	x	X	x

*As semanas marcadas com "X" indicam o período em que cada agente tem planejada a Palestra/ Ação comunitária. Ou seja, não obrigatoriamente terá esta atividade em toda a semana referida.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Iniciando o projeto de intervenção, depois da preparação do projeto, nem sempre aconteceu como foi planejado. As experiências acumuladas nas semanas de intervenção na realidade foram todas discutidas nas reuniões quase todas as semanas e a equipe sempre ficou com o conhecimento do que estava acontecendo e cada uma das dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações propostas. Acho que o mais importante das ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas contribui para o melhoramento e desenvolvimento de nosso trabalho como ESF, mas as qualificações do projeto acho que em ações foram desenvolvidas parcialmente, como fui relatando nos diários de intervenção.

Muitas são as dificuldades desde o início, as maiores dificuldades ficaram durante as primeiras oito semanas, mais de 50% do período da intervenção a unidade não tinha enfermeira e digo isso porque na realidade depois da incorporação da enfermeira nas quatro últimas semanas tivemos mais apoio para monitorar a intervenção em todos os aspectos em relação aos objetivos e metas. Mudou completamente o ritmo da intervenção pra a monitorização do cumprimento da qualidade das ações planejadas e o trabalho de busca ativa dos agentes comunitários nas comunidades com ações muito importantes para cumprir tendo em conta que temos uma dificuldade muito grande com respeito aos usuários que tem um bom desenvolvimento e pagam consultas especializadas e não gostam de assistir a nossa unidade, mesmo assim os agentes comunitários têm que fazer o trabalho de conversas com eles para falar da importância da avaliação e do projeto. As outras dificuldades foram pela pouca organização do trabalho de equipe com as ausências de pessoal para realização nas microáreas de busca ativa de hipertensos e diabéticos, também influiu a demora dos resultados de exames dos usuários para

a avaliação cardiológica e a impossibilidade de fazer o trabalho com o grupo HIPERDIA pela ausência de transportação que foi iniciada as atividades do grupo, só depois das primeiras oito semanas de intervenção com a incorporação da nova enfermeira para monitorização do cronograma do projeto.

Com a apresentação da nova enfermeira começamos a melhorar o cumprimento das ações planejadas, que isso aconteceu nas últimas quatro semanas da intervenção e os atrasos foram muitos, além de que a unidade até a semana nove ficou com uma área da comunidade que não tinha agente comunitário. Com a chegada da nova enfermeira para a monitorização do cumprimento da qualidade das ações planejadas, foi um grande apoio para a continuação da intervenção e a realização das ações que agora temos incorporada à rotina do serviço.



Figura 1. Foto do acolhimento na sala de espera

Sempre falei que nosso maior desafio é programar na prática o projeto porque

o trabalho tem que ser de toda a equipe, ainda a unidade está no processo do cadastramento da população interessada, acho que esta ação tão importante para o resto das ações foi desenvolvido parcialmente, porque os ACS tem que conseguir que a população esteja envolvida nele ainda, mas depois da incorporação da enfermeira e as ferramentas para monitorar o trabalho, o ponto de trabalhar na comunidade na busca ativa como ferramenta essencial para o cumprimento de objetivos e metas melhorou nas últimas quatro semanas da intervenção e a resposta da comunidade para nosso desenvolvimento das ações.



Figura 2. Foto do acompanhamento dos usuários

As ações previstas no projeto foram cumpridas integralmente, incluem o cumprimento da capacitação aos agentes comunitários e a equipe da unidade, com a realização de apresentações de temas referentes à hipertensão e diabetes, usando banner, painel informativos, lousa, caneta, e vídeo visual em sala de espera, planejando para cada agente comunitário um tema já escolhidos com há discuta 30

minutos em reuniões de equipe na unidade realizada todas as semanas e a monitorização do médico para ter uma melhor discussão da atividade de capacitação incluindo também capacitação com temas referentes aos dados para o preenchimento por parte do médico de formulário-1 e ficha de espelho realizado nas sextas de tardes todas as semanas em reunião de equipe para conhecer todos os dados que tem que ser preenchido para o trabalho de rastreamento de casos nas comunidades e o responsável é o médico da equipe que também realiza atualizações de ações farmacológicas dos medicamentos usados nas duas doenças. Com respeito às ações de organização e gestão planejadas no objetivo dois se realizaram cada semana com o estudo da leitura das atribuições para cada integrante de equipe reflexada em Cadernos de Hipertensão e Diabetes de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a discussão dos casos mais relevantes em quanto a dificuldades dos tratamentos medicamentosos e acompanhamento médico dos usuários identificados em consulta e visitas domiciliais realizando prioridades de atendimento, também a capacitação dos auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários foram de forma permanente na unidade, esclarecendo dúvidas das orientações e problemática da comunidade, ao término do dia de trabalho também a capacitação das ações do objetivo de promoção de saúde foi cumprida, com encontros em sala de espera pelo médico e enfermeira com aulas em uma hora com temas referentes a práticas de alimentação saudável, promoção sobre prática de atividade física regular, tratamentos de usuários tabagistas, metodologia de educação em saúde e orientações sobre higiene bucal, todas as semanas nas sextas com recursos que tem a unidade e outros programados com apoio do gestor da secretaria de saúde do município como material didático, multimídia com Datashow, lousa, caneta e apagador. Outra atividade realizada pelo cronograma de trabalho foi às consultas de manhã e de tarde com consultas clínicas agendadas em conjunto com as consultas do odontólogo para a realização da avaliação de risco cardiovascular, realização de exames geral clínico, avaliação do cumprimento dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e solicitação dos exames laboratoriais de acordo com protocolos do ministério da saúde, a ação se mantém como rotina de trabalho e planejada em conjunto com os ACS para a localização de um grupo de usuários que tem atendimento com especialistas privados e que são faltosas as consultas, por isso são realizadas pelo médico conversas antes de cada consulta com os usuários agendados sobre a importância e esclarecimento da

periodicidade das consultas, os trabalhos educativos realizados nas salas de esperas para esclarecimento da periodicidade das consultas, com utilização de material didático e vídeo foram muito importante e foi reforçada em conjunto com a realização de palestras, entrega de panfletos e uso de painel informativo referente à importância da realização de boas técnicas de escovação e cuidado em diabéticos e hipertensos para a prevenção de infecções da boca, na sala de espera em intervalos de tempo antes as consultas com o apoio da auxiliar de saúde bucal e pelo odontólogo nas consultas programadas foram realizadas atividades educativas, por meio de ações individuais e coletivas, aos usuários, todas as ações realizadas durante as semanas de intervenção são mantidas na rotina da unidade, pois a equipe ficou interessada vendo que melhorou a organização e a visão das pessoas sobre a função preventiva das consultas e o intercâmbio com a comunidade é significativo e ótimo .

Tendo em conta que o posto médico tem um ano com atendimento médico e ainda existem usuários que não tem costume de realizar consultas na ESF, então as atividades continuam sendo monitorizada pela enfermeira melhorando o número de usuários com avaliação clínica e cardiológica tendo em conta que todos os usuários identificados têm feito exames laboratoriais solicitados pelos especialistas e para adequar a ação a nossa rotina. Foi realizado uma análise parcial da intervenção na reunião da equipe da semana doze, onde analisamos e discutimos sobre as metas alcançadas e as dificuldades encontradas, chegando a conclusão que devemos aumentar o número de atendimentos de usuários com HAS e diabetes, pois não alcançamos a meta proposta de cobertura dos 90% ,mas foi realizadas palestras e conversas em grupos HIPERDIA no final da intervenção para explicar importância da realização da avaliação cardiovascular e escuta dos portadores de hipertensão e diabetes com suas ideias para melhorar a assistência dos usuários nas consultas utilizando o local do grupo HIPERDIA ,também foi feita uma caminhada e a realização de um projeto de alimentação saudável com painel informativo no mercado perto a comunidade, com a construção de grupos de ajuda mútua para a caminhada e técnicas de autocuidado específicos para usuários hipertensos e diabéticos. Alguns portadores do diabetes e hipertensão mais experientes estiveram dispostos a colaborar em atividades educacionais e de promoção sendo muito enriquecedora como apoio ao serviço para a prevenção do diabetes e hipertensão, ajudando o usuário a seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não

fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular. As ações desenvolvidas nas comunidades foram feitas fundamentalmente pelos agentes comunitários em visitas domiciliais de forma permanente incluindo usuários com deficiências para mobilização, para esclarecer na comunidade, fatores de risco para as duas doenças, perguntar se algum indivíduo da família tem sintomas de pressão alta ou diabetes, verificar o comparecimento desses indivíduos às consultas agendadas na unidade de saúde e retorno para resultado de exames e acompanhamento, localizar todos os indivíduos maiores de 18 anos e perguntar se o indivíduo tem feita a avaliação em consulta e medida de pressão arterial e hemoglicoteste para posterior registro em sua ficha de acompanhamento e planejar e agendar a consulta médica clínica

Até agora nossa ESF brindava atendimentos neste grupo de usuários com uma frequência de quatro vezes por semanas nas segundas e quintas em dois horários, no turno da manhã e da tarde, nas terças, quintas e sextas no turno da manhã, motivo que dificultou o cadastramento destes usuários, pois tinha que agendar as consultas em horários específicos e o número de usuários só tinha que ser máximo quatro para as avaliações clínicas, cardiovascular, preencher a ficha de espelho e brindar orientações pelo protocolo.



Figura 3. Foto do atendimento clínico

O apoio da gestão foi recebido em alguns aspectos da intervenção como a ajuda para imprimir os formulários-1 do usuário e ficha de espelho contando na unidade com fotocopadora e apoio do gestor da secretaria da saúde, também foram disponibilizadas 300 fitas para a realização de hemoglicoteste para priorizar a intervenção e a continuidade das atividades de busca ativa de diabéticos.

Ficou acordado que as consultas aos hipertensos e diabéticos serão realizadas por livre demanda em nossa rotina diária de trabalho, todos os dias da semana além dos usuários agendados com o aumento da busca ativa pelos ACS, porque ainda temos duas microáreas sem avaliar, outro acordo já incorporado à rotina do trabalho da ESF foi realizar agendamentos uma vez por semana nas quartas, para os próximos dias de atendimento programados que deve ser feito pela enfermeira com a melhoria da qualidade da classificação e a melhoria do acolhimento diário para o melhor atendimento agendado e a demanda espontânea. O objetivo é diminuir o acúmulo de usuários muito cedo nas manhãs para obter ficha de atendimento agendado e diminuir a venda ilícita de fichas para o atendimento médico que afeta as comunidades e foram discutidas em reunião de equipe, várias vezes.

Com respeito ao trabalho do Grupo HIPERDIA não foi possível ter um local próximo à unidade para que seja fácil o acesso de toda a equipe profissional e da comunidade nas primeiras oito semanas da intervenção, mas a solução foi realizada pela nova enfermeira utilizando o carro dela, iniciando as atividades educativas de grupo nas últimas quatro semanas com os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa e a incorporação de usuários novos cadastrados. Assim foi possível melhorar a participação dos usuários do grupo de HAS e DM com apoio da equipe, para que os usuários possam manter na rotina a realização de prática de exercício físico regular, com a ajuda dos professores de educação física da escola que fica na microárea três e monitorando o trabalho dos agentes comunitários com respeito às orientações feitas sobre os riscos de tabagismo, alimentação saudável e obesidade nas microáreas.

Também se mantém parcialmente o cumprimento das ações propostas de busca ativa de diabéticos, depois de ser disponibilizadas há duas semanas pela secretaria de saúde, 300 unidades de fitas, para a realização todos os dias de hemoglicoteste em usuários identificados pela ajuda de vizinhos das microáreas,

procurando sintomas de hipertensão e/ou diabetes que eles conhecem pelas conversas dos agentes comunitários, que ainda mantêm o trabalho de busca ativa em duas microáreas para identificação de usuários com deficiência física, ação que também esta cumprida parcialmente, para a posterior realização de visitas domiciliares do médico para a identificação de suas necessidades médicas e preenchimento do questionário e ficha espelho.

As visitas domiciliares estão sendo feitas e incorporada uma vez por semana a rotina do serviço, porque a secretaria de saúde disponibilizou o carro para sua realização, então acho muito bom o reinício das atividades com o grupo pela equipe para as conversas com os usuários e melhor acompanhamento das ações incorporadas a rotina do serviço e a viabilidade para sua continuidade na rotina das ações programáticas feitas depois da finalização do curso.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As atividades com o grupo HIPERDIA com a integração e apoio multiprofissional de especialistas: nutricionista, psicólogo; atividade que foi planejada no projeto não foi cumprida ainda, porque a secretaria de saúde não tem carro disponibilizado para o traslado de especialistas, ainda ficam no processo de renovação dos carros para o apoio das ESF.

Também com a chegada da nova enfermeira poderia ser realizado com melhor qualidade o monitoramento do cumprimento das atividades com uma especialista em psicologia para começar a realização de intervenção e formação de grupos para o início de conversas de promoção de saúde com a comunidade e realizar o convite aos líderes comunitários que não tem muito contato com os profissionais da equipe, porque na realidade o trabalho de intervenção não teve o apoio em 100% deles na participação das palestras, e com o apoio dos gestores da secretaria de saúde do município que é ótimo.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Para o desenvolvimento do trabalho em relação aos dados não tive

dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção nem para o fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, sempre os dados foram discutidos nas reuniões e principalmente os níveis deles como cursor e guia de nosso trabalho e para ter a visão do que acontece em nossas intervenções na comunidade como unidade de ESF.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O desenvolvimento das ações realizadas com o cumprimento delas, que em geral acho foi parcialmente cumprido, influi positivamente na relação dos profissionais da saúde da unidade com a comunidade caracterizada como ótima pela maioria da população, porque a relação com a comunidade sempre foi boa a partir do início da intervenção, além das dificuldades que influem nos baixos níveis de indicadores que deixam um pouco triste, o entusiasmo continua porque acho que estamos educando e melhorando a qualidade do atendimento e organização do trabalho nas comunidades com a incorporação das ações do projeto à rotina do serviço e mudando alguns conceitos deles errados em respeito ao atendimento médico preventivo.

Muitos são os logros obtidos depois da intervenção que mudaram a visão e organização do trabalho da unidade, o apoio da enfermeira e técnica de enfermagem no monitoramento permanente do cumprimento das consultas agendadas e a apresentação dos usuários faltosos nas reuniões de equipe são exemplos, em conjunto com a realização da ficha clínica correspondente para cada usuário no local de triagem, realizado pela auxiliar de enfermagem no dia a dia de manhã e de tarde, com a verificação dos níveis da pressão arterial, peso em Kg, altura e circunferência abdominal, também a realização do rastreamento com glicemia de jejum em indivíduos maiores de 18 anos, uso e cuidado dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção quando necessária, encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência, controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, e o agendamento de consultas e reconsultas médicas em todo caso novo com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e identificação de sinais precoces de diabetes e sintomatologia da diabetes para busca ativa de casos novos apoiada com uma atividade de rastreamento na unidade segundos domingos de cada mês, para a

realização de hemoglicoteste, medição de pressão arterial e medição de peso em kg na população maior de 18 anos adstrita, com apoio de estudantes de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI-Câmpus de Santiago. Com respeito à organização dos registros a enfermeira técnica atualmente revisa todos os prontuários com cada formulário do usuário semanalmente e informa em cada reunião semanal as sextas de tarde, os usuários planejados da semana em consultas agendadas e poder identificar os faltosos, exames laboratoriais e exame bucal em atrasos, teste de glicemia e escore de Framingham não feito, para poder realizar uma nova busca ativa dos usuários, com os agentes comunitários, ao mesmo tempo nas reuniões os agentes comunitários já informam os usuários com deficiência física com hipertensão e diabetes, para a avaliação deles pelo médico, em visitas domiciliares e realizando o preenchimento do formulário em casa e atualização dos tratamentos medicamentosos e não medicamentoso; sendo feita duas vezes por semana de tarde garantindo o registro deles. Também melhorou a localização de um grupo de usuários que tem atendimento com especialistas privados e que são faltosas consultas aumentando o número de usuários com avaliação clínica e cardiológica que auxiliou de forma simples o trabalho, onde essa ficha era armazenada junto ao prontuário. Os agendamentos foram mudados (para as quartas feiras) sendo realizados pela enfermeira responsável, melhorando a qualidade do atendimento, fazendo com que a acumulação de usuários reduza no início do turno, dando espaço ao atendimento da demanda espontânea e diminuindo a venda ilícita de fichas para o atendimento médico e possibilitando a realização da triagem com qualidade pela técnica de enfermagem e o acolhimento pela enfermeira e o preenchimento das fichas FAAs e ficha espelho com dados atualizados e o controle dos exames complementares que depois do apoio da coordenadora esta sendo garantido em uma semana o tempo de realização ate obter o resultado, Com respeito ao funcionamento do grupo HIPERDIA, foi possível melhorar a participação dos usuários do grupo de HAS e DM com apoio da equipe, para que os usuários possam manter na rotina a realização de prática de exercício físico regular, com a ajuda dos professores de educação física da escolha que fica na microáreas três.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

O projeto de intervenção foi desenvolvido na Unidade de Saúde Monsenhor Assis, uma unidade difícil de desenvolver mudanças significativas devido à rotatividade de profissionais médicos, e apesar de ter sido um caminho com muitas dificuldades, tivemos bons resultados.

Os gráficos descrevem a evolução do primeiro objetivo do projeto que foi ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos para uma cobertura de 90% como foi estabelecido na meta inicial. A intervenção tratou da melhoria da atenção a Hipertensos e Diabéticos maiores de 20 anos na ESF Monsenhor Assis, Santiago, RS. Na área adstrita à ESF a estimativa foi de 595 hipertensos e 170 diabéticos nessa faixa etária, entretanto a intervenção focalizou as seis microáreas da comunidade com dificuldades para a realização da intervenção e implementação das ações programáticas propostas por vários fatores, alcançando no final da intervenção uma cobertura na área de saúde de 228 (38,3%) para os hipertensos e 50 (29,4 %) para os diabéticos da área de abrangência.

Analisando o resultado em relação à meta proposta, percebemos que não foi muito satisfatório, pois o indicador de cobertura terminou com um nível muito baixo e não atingimos a meta estabelecida. No entanto, tivemos uma evolução satisfatória na cobertura.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No início da intervenção o cadastro foi muito baixo só foram identificados, acompanhados e avaliados 54 hipertensos e 5 diabéticos, que representam 9,1% do total de hipertensos e 2,9% de diabéticos. No segundo mês esse número teve um pequeno avanço chegando em 112 hipertensos já cadastrados e acompanhados (18,8%) e 14 diabéticos (8,2%). Ao final da intervenção, no terceiro mês o aumento foi mais significativo, terminando com 228 hipertensos cadastrados e acompanhados, um percentual de 38,3% e 50 diabéticos cadastrados e em acompanhamento (29,4%). Podemos observar essa evolução nos gráficos abaixo:

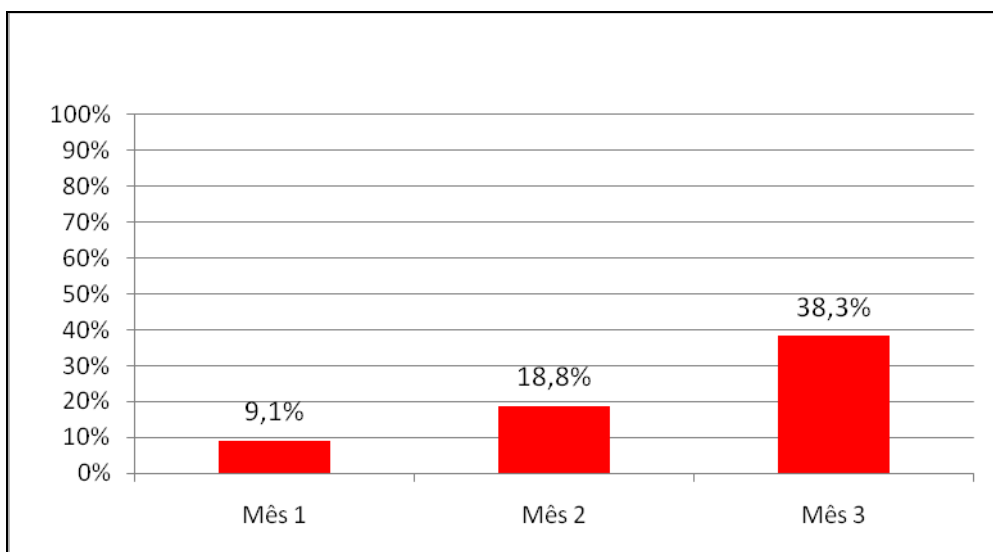


Figura 4. Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

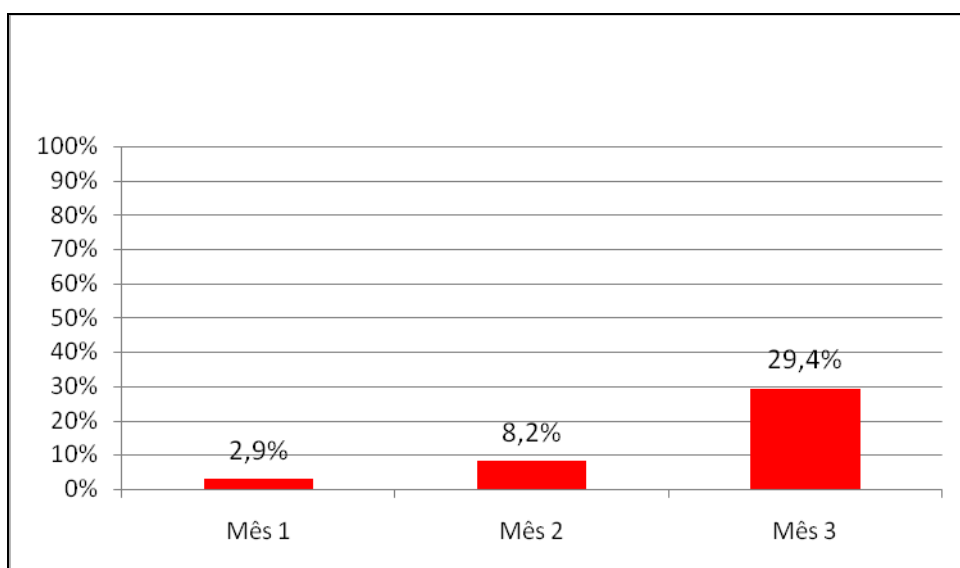


Figura 5. Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Consideramos alguns motivos que levaram aos indicadores baixos de cobertura, como falta de organização, a deficiente monitorização, a falta de trabalho

em equipe, a não atualização com usuários novos no cadastro das duas doenças com a localização deles nas microáreas para uma busca ativa mais eficiente e com frequência, dificultando também o agendamento das consultas, e as ações programáticas foram realizadas muito devagar.

Apesar de ter sido feita a realização da capacitação aos ACS com qualidade para o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos e a capacitação da equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste com aulas teóricas prática, algumas coisas dificultaram o desenvolvimento da intervenção, como não ter o pessoal para o monitoramento contínuo (enfermeira), o número deficiente de ACS para o desenvolvimento das ações programáticas durante quase todo o período da intervenção, a falta de fitas para a realização de glicemia capilar na busca ativa de usuários e controle de diabéticos. Tendo em conta que os profissionais da unidade não se responsabilizam pela tarefa de monitoramento, em consequência das inúmeras consultas agendadas e intercorrentes, o médico, também, não conseguia desenvolver a função devido ao pouco tempo disponível de acordo com as consultas, dificultando, assim, o cumprimento do monitoramento da intervenção.

Mas a experiência da intervenção e as conversas com toda a equipe melhorou o desenvolvimento da equipe no trabalho mudando alguns conceitos e incorporando as ações programáticas à rotina do trabalho, por exemplo, manter o monitoramento do número de usuários com o trabalho dia a dia das busca ativas de hipertensos e diabéticos pelos ACS e médico, o livre acesso dos usuários portadores de HAS e/ou diabéticos na unidade como demanda espontânea priorizando usuários faltosos a consulta médica e odontológica, a organização por área de atendimento para usuários dos prontuários, a realização da triagem com qualidade pela técnica de enfermagem e o acolhimento pela enfermeira e o preenchimento das Fichas A (ficha de Cadastramento dos Agentes de Saúde).

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

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

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

No segundo objetivo do projeto que era melhorar a qualidade de hipertensos e/ou diabéticos foram alcançados resultados significativos nos indicadores. A primeira meta desse objetivo era a realização do exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo. No primeiro mês da intervenção alcançamos uma proporção de 100% (54 hipertensos) com avaliação

clínica realizada, no segundo mês 99,1% (111 hipertensos) com exame clínico adequado e no terceiro mês novamente tivemos 100% (228 hipertensos) com exame clínico adequado, como observamos no gráfico abaixo:

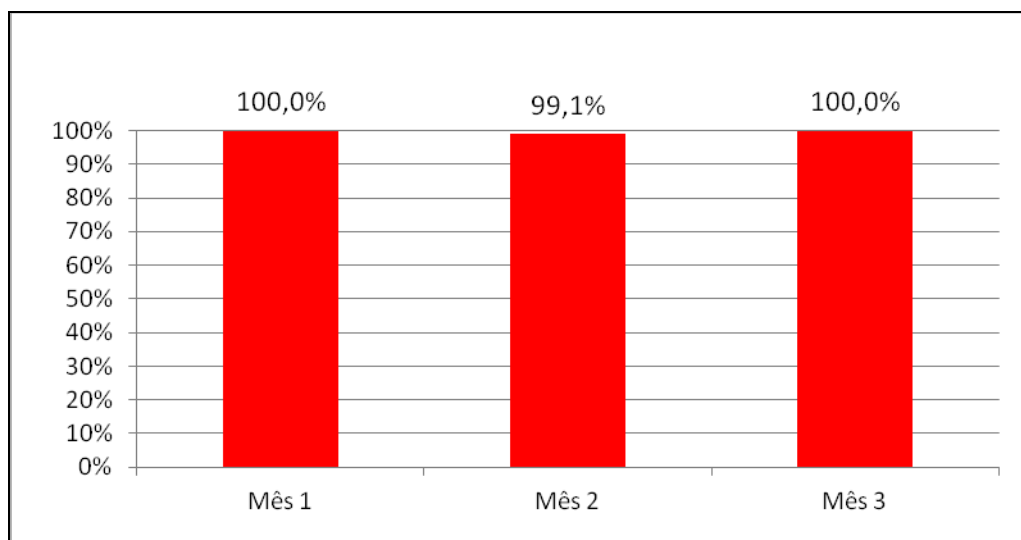


Figura 6. Gráfico de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No acompanhamento dos diabéticos mantemos durante os três meses uma proporção de 100% com exame clínico adequado de acordo o protocolo. O bom resultado do indicador foi produto do trabalho contínuo e uma organização dos atendimentos, que após avaliação dos indicadores em uma reunião da equipe, ficou estabelecido que as consultas aos hipertensos e diabéticos fossem sem limitações em nossa rotina de trabalho, sendo que, todos os dias haviam quatro consultas agendadas. Porém a avaliação de outros usuários deveria ser realizada conforme a livre demanda, melhorando a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos, porque ainda temos duas microáreas sem avaliação. Outro acordo já incorporado à rotina de trabalho da unidade (ESF) foi realizar agendamentos uma vez por semana, nas quartas feira. Os agendamentos (para as próximas quartas feiras) deverão ser realizados pela enfermeira responsável, visando o melhoramento da qualidade do atendimento, fazendo com que a acumulação de usuários reduza no início do turno, dando espaço ao atendimento da demanda espontânea e diminuir a venda ilícita de fichas para o atendimento médico.

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

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames

complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ainda sobre o segundo objetivo, no que se refere a meta de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo os resultados demonstram uma boa evolução. No mês 1 da intervenção tivemos 28 hipertensos (51,9% do total em acompanhamento) com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo; no segundo mês o aumento foi reduzido, tendo 63 hipertensos (56,3% do total em acompanhamento) com exame em dia; e no terceiro mês fechamos com 167 (73,2% do total em acompanhamento) com exames complementares em dia. No acompanhamento dos diabéticos no primeiro mês apenas 2 (40% dos acompanhados) estava com os exames complementares em dia; no segundo mês foram 7 (50% dos acompanhados) com exames em dia; e no terceiro mês terminamos com 40 diabéticos (80% dos acompanhados) com exames complementares em dia. Podemos observar essa evolução nos gráficos abaixo:

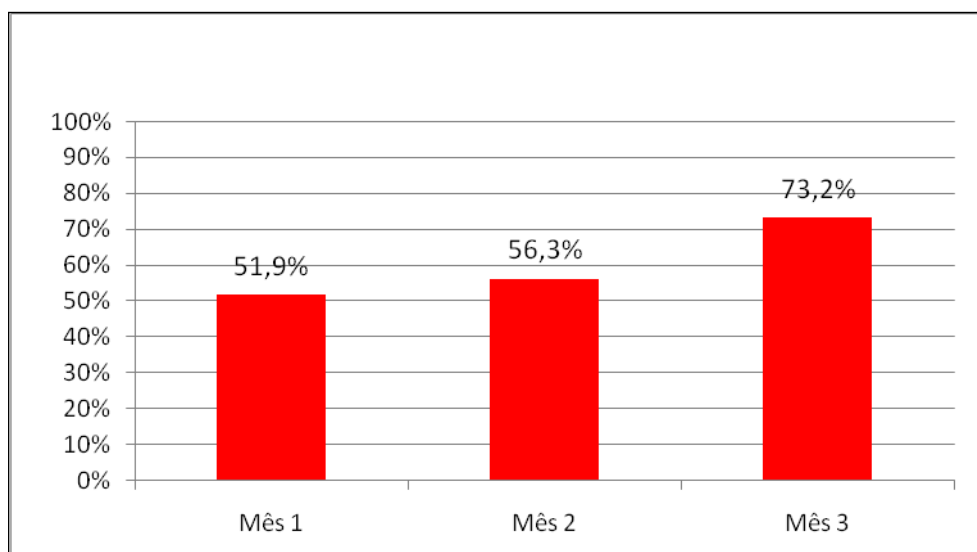


Figura 7. Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

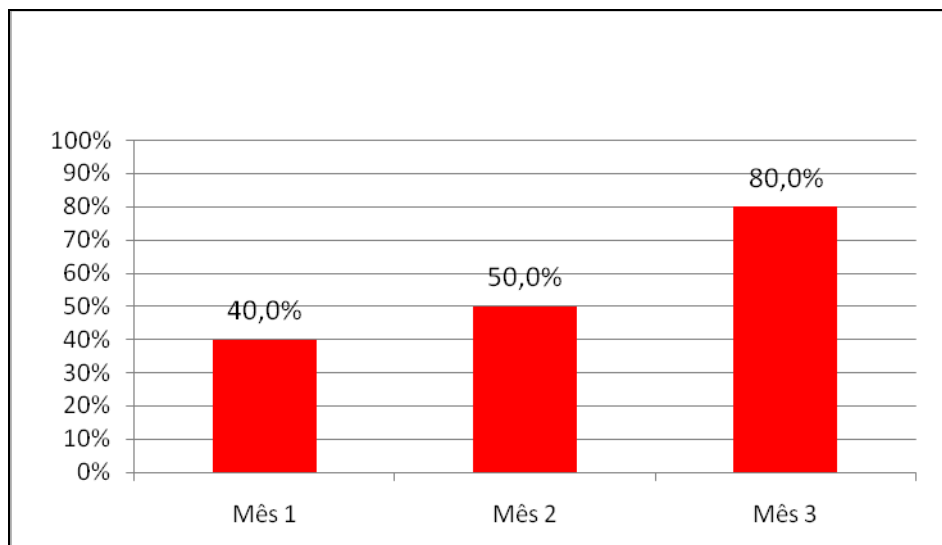


Figura 8. Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Avaliamos esse resultado com bom, consideramos o indicador com nível porcentual alto, mas temos muitas dificuldades com respeito aos exames de sangue e ECG, que tivemos atrasos de mais ou menos um mês do início da intervenção e foi melhorando progressivamente, porque foi falado com a coordenadora para garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, para diminuir para uma semana o tempo de realização dos exames até obter o resultado, e também priorizar a unidade e o projeto. Mas outro artifício para melhorar esse indicador era a realização de palestras e conversas em grupos de HIPERDIA para explicar a importância da realização periódica dos exames complementares, ação que foi planejada mas não foi cumprida

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

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

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

Em relação a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, a proporção foi mantida ao longo das semanas de intervenção com o percentual de 100% em todos os meses tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos. Acho

muito interessante os dados coletados porque a comunidade da área adstrita usam os medicamentos da farmácia popular, na minha área a justificativa é o baixo nível econômico da comunidade onde a maioria vive do salário mínimo com baixa renda familiar tendo que procuram medicamentos da farmácia popular.

Avaliamos de forma positiva o resultado do indicador com nível percentual alto. Vários foram os motivos para o bom resultado da ação planejada e realizada; a monitorização do cumprimento dos tratamentos, revisão e atualizações dos prontuários médicos e ficha A em consulta médica e pelos ACS em visitas domiciliares. Além da continuidade do registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados unidade, a realização na sala de espera de palestras com os profissionais da equipe sobre os medicamentos, atualização do profissional sobre tratamentos medicamentos e não medicamentosos dos Cadernos de Atenção Básica e realização de técnicas de orientação aos usuários e alternativas para obter o medicamento.

No entanto, ainda temos que melhorar porque a atividade continua e agora monitorada pela enfermeira, com melhora no número de usuários com avaliação clínica e uso de medicamentos da farmácia popular. Também temos identificado um grupo de usuários que buscam atendimento com especialistas privados e que não tem costume de realizar consultas na ESF e não possuem tratamentos com medicamentos da farmácia popular requisitada pelo médico da unidade, mas sim pelo médico privado, porém os agentes comunitários têm identificado estes usuários fazendo um trabalho de orientação com esses usuários.

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

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

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

Sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, foi mantida a proporção quase em 100% em todos os meses para os hipertensos acompanhados. Pois no primeiro mês fizemos a avaliação odontológica em 53 hipertensos (98,1%), no segundo mês em 111 hipertensos (99,1%) e no terceiro mês terminamos com todos com avaliação odontológica em dia, os 228 hipertensos (100%), como o gráfico demonstra.

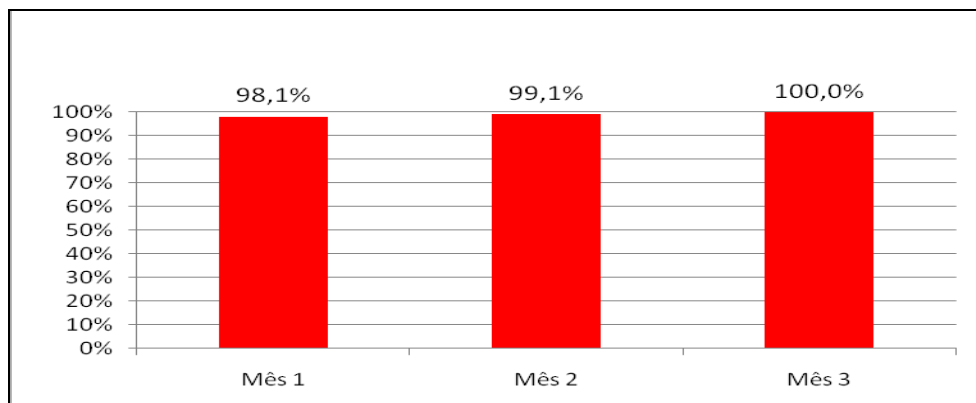


Figura 9. Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Já a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológica foi mantida durante os três meses de intervenção em 100%, ou seja, todos os cadastrados e acompanhados. Dessa forma, avaliamos como bom o resultado do indicador, sendo que as ações programáticas neste ponto foram cumpridas tendo em conta que o trabalho odontológico na ESF tem mais de dois anos que o médico e dentista mantêm um sistema de agendamento de consultas para usuários do HIPERDIA e novos usuários durante quatro vezes por semana.

Muito importante foi ter priorizado o agendamento da consulta médica clínica no mesmo dia do atendimento odontológico, permitindo as anotações do odontólogo e auxiliar de odontologia, as quais são avaliadas e monitorizadas pelo médico clínico, também no Formulário-1, que obter dados do usuário no aspecto não só médico clínico com os valores dos exames do sangue para avaliação cardiovascular, mesmo assim recolhe dados de atendimento odontológico para o agendamento de reconsulta e a confirmação que foram feitas as orientações sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. A atividade de educação em saúde também foi reforçada em conjunto com a realização de palestras, entrega de panfletos e uso de painel informativo referente à importância da realização de boas técnicas de escovação e cuidado em diabéticos e hipertensos para a prevenção de infecções da boca, na sala de espera em intervalos de tempo antes as consultas com o apoio da auxiliar de saúde bucal.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/o diabéticos.

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

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de

saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para cumprir o terceiro objetivo do projeto que foi melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos com a meta proposta de buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada dos usuários cadastrados na unidade de saúde foi realizada a uma busca constante a todos os usuários hipertensos e diabéticos que faltaram as consultas e conseguimos manter a proporção em 100% durante todos os meses da intervenção.

As ações programáticas neste ponto foram cumpridas tendo em conta que o trabalho médico clínico não foi contínuo anos anteriores e a maioria dos usuários não tinham muito vínculo com a continuidade das ações de saúde em consulta médica clínica na ESF. Portanto, a totalidade dos usuários avaliados não tinham os controles estabelecidos pelos protocolos as vezes com mais de dois anos sem avaliação médica. O apoio da enfermeira e técnica de enfermagem no monitoramento permanente do cumprimento das consultas agendadas e a apresentação dos usuários faltosos nas reuniões de equipe foram muito importantes para o alcance dessa meta, além da busca ativa dos agentes comunitários para a localização dos faltosos, confirmando posteriormente o comparecimento na consulta às consultas agendadas.

Os trabalhos educativos realizados nas salas de esperas para esclarecimento da periodicidade das consultas, com utilização de material didático e vídeo, mas todas as ações propostas e realizadas durante as semanas de intervenção vão ser mantidas na rotina da unidade, pois a equipe ficou interessada vendo que melhorou a organização e a visão das pessoas sobre a função preventiva das consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

O objetivo de melhorar o registro das informações com a meta proposta de manter 100% de registro adequado na ficha de acompanhamento foi conquistado em sua totalidade no acompanhamento dos hipertensos e dos diabéticos, sendo um resultado excelente, que vai facilitar o acompanhamento dos usuários.

Com a chegada de uma nova enfermeira a equipe, começamos a melhorar o cumprimento das ações planejadas, a qualidade da atualização e organização dos registros, como prontuários incluindo o formulário-1 e a ficha espelho do usuário, só que foi nas últimas quatro semanas da intervenção. Além disso, até a semana nove estávamos com uma área da comunidade sem agente comunitário para a organização dos registros porque nenhum outro agente comunitário se responsabilizou, com a chegada da nova enfermeira para monitoramento do cumprimento da qualidade das ações planejadas, e a sua exigência foi um grande apoio para a continuação da intervenção nesta ação programática e a sua realização que agora temos incorporada à rotina do serviço.

Objetivo 5: Mapear avaliação de risco em hipertensos e/o diabéticos.

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

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

Outro dos objetivos propostos no projeto de intervenção é mapear avaliação de risco em hipertensos e/ou diabéticos com a meta proposta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo. Apesar de não ter conseguido alcançar 100% da meta proposta, a evolução foi progressiva. No acompanhamento dos hipertensos no primeiro mês foi realizada estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em 29 hipertensos (53,7%), no segundo mês em 67 hipertensos (59,8%) e no terceiro mês 167 (73,2%). O gráfico abaixo descreve essa avaliação.

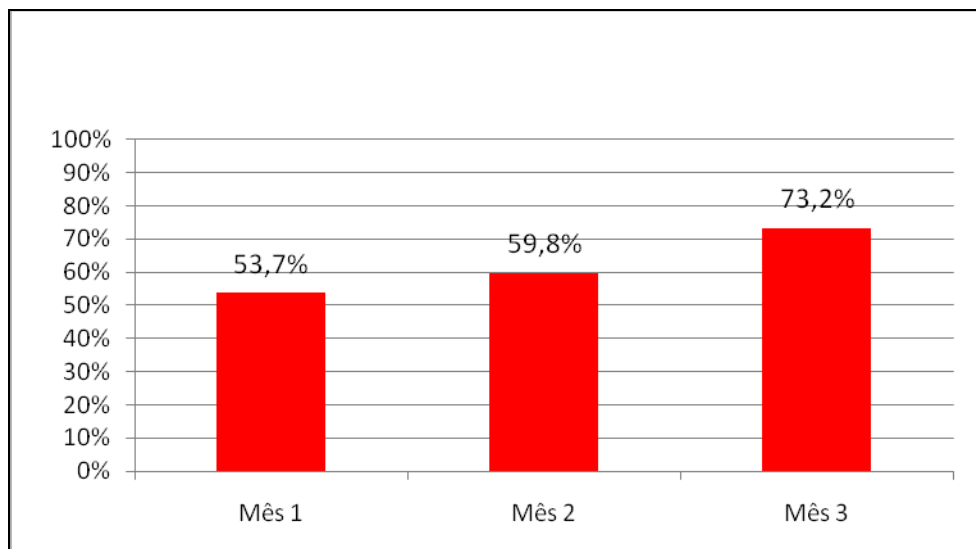


Figura 10. Gráfico de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Quanto aos diabéticos, no mês 1 realizamos a estratificação de risco cardiovascular apenas em 2 usuários (40%), no mês 2 estavam com estratificação de risco por exame clínico em dia 8 diabéticos em acompanhamento (57,1%) e no terceiro mês fechamos com 40 diabéticos ((80%) com a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. A solicitação de exames complementares em usuários e cumprimento de consultas da ação programática realizada tem os resultados com respeito ao número total de hipertensos e diabéticos residentes na área e acompanhados na ESF; a proporção foi mantida por cima dos 50% ao longo das semanas de intervenção.

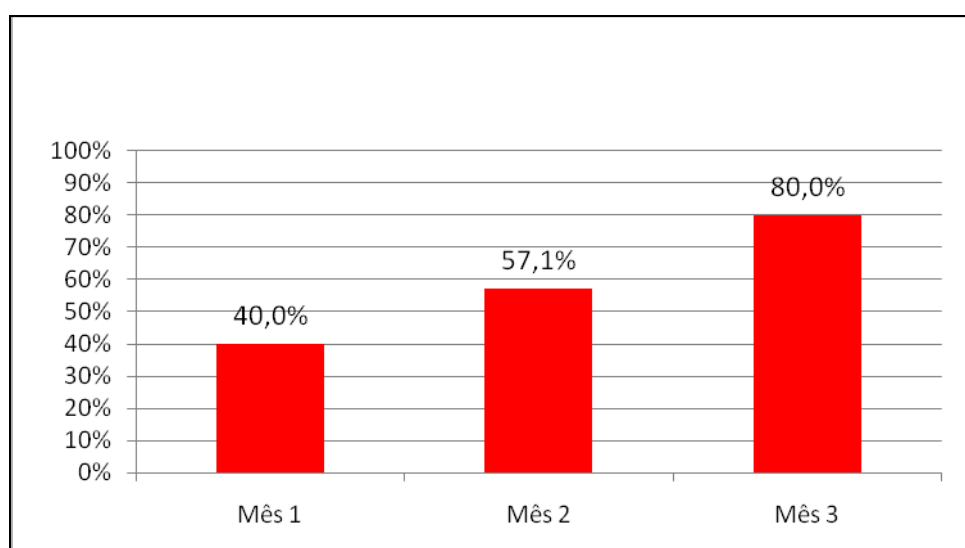


Figura 11. Gráfico de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

O objetivo com a meta proposta é avaliado de bom o resultado do indicador com nível porcentual alto, mas acho ainda temos dificuldades com respeito aos exames de sangue e ECG que tivemos atrasos de uma média de um mês ao principio da intervenção porque o usuário ate não tiveram os resultados dos exames não voltaram à consulta por isso ficamos com usuários com avaliação clinica feita e depois de um mês por causa da realização do ECG muito longe não era feito a avaliação cardiológica com a estratificação do risco utilizando o escore de Framingham isto foi melhorando progressivamente porque foi falado com a coordenadora garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo para diminuir a uma semana o tempo de realização dos exames e ate obter o resultado e também priorizar a unidade e o projeto, mas para mentem o porcentual da ação programática, uma das ações, para continuar o cumprimento e melhoria dos indicadores é a realização de palestras e conversas em grupos HIPERDIA para explicar importância da realização da avaliação cardiovascular.

Sempre falei que nosso maior desafio é programar na prática o projeto porque o trabalho tem que ser de toda a equipe, ainda a unidade está no processo do cadastramento da população interessada, acho que esta ação tão importante foi desenvolvida parcialmente e dependo muito do cadastramento e busca ativa dos usuários com sintomatologia de hipertensão e diabetes, mas já temos ganhos importantes como rotina de trabalho e planejada em conjunto com os ACS a localização de um grupo de usuários que tem atendimento com especialistas privados e que são faltosas consultas porque ainda existem usuários que não tem costume de realizar consultas na ESF, então a atividade continua sendo monitorizada pela enfermeira melhorando o número de usuários com avaliação clínica e cardiológica.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

O sexto objetivo do projeto que era promover a saúde de hipertensos e diabéticos com as metas propostas de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade foi conquistado integralmente, conquistando as metas em todos os meses da intervenção.

Várias foram às atividades realizadas para obter o cumprimento do trabalho referente às atividades de promover saúde, onde a meta foi realizada nos 100% dos usuários diabéticos e hipertensos que participaram do projeto, realizando-se atividades não só dentro na ESF nas consultas clínicas e odontológicas e orientação pela técnica de enfermagem e enfermeira, como também nas visitas domiciliares, incluindo usuários com deficiências para mobilização e com usuários em nos grupo Hiperdia. Primeiramente foram feitas as aulas de capacitação aos profissionais de equipe para ter o conhecimento e transmitir a comunidade, ajudando na integração dos profissionais para o trabalho em equipe.

Para realizar as capacitações das ações de promoção com a equipe foram realizados encontros semanais nas sextas com recursos que tem a unidade e outros programados com apoio do gestor da secretaria de saúde do município. Para colocar a ação em prática o médico e técnica de enfermagem apresentaram um tema de estudo e utilizaram material didático, multimídia com Datashow, lousa, caneta e apagador como recursos, para realizar as apresentações com temas referentes a alimentação saudável, promoção sobre prática de atividade física regular, tratamentos de usuários tabagistas, metodologia de educação em saúde e orientações sobre higiene bucal. As conversas foram interativas, com cada integrante da equipe melhorando o conhecimento.

Meta 6.1. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Posteriormente foi feita uma caminhada e a realização de um projeto de alimentação saudável com painel informativo no mercado perto a comunidade, com a construção de grupos de ajuda mútua para a caminhada e técnicas de autocuidado específicos para usuários hipertensos e diabéticos. Alguns portadores do diabetes e hipertensão mais experientes estiveram dispostos a colaborar em atividades educacionais e de promoção sendo muito enriquecedora como apoio ao serviço para a prevenção do diabetes e hipertensão, ajudando o usuário a seguir as

orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular.

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

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

Cada uma destas atividades individualizadas foi realizada também pela auxiliar de enfermagem em consulta de classificação para cada hipertenso e diabético cadastrado, pelo médico em consultas agendadas e de livre demanda; realizando conversas individuais de forma permanente sobre: controle de peso e a importância de diminuir de 5% a 10% do peso corporal em usuários com excesso de peso para produzir redução da pressão arterial e controlar a diabetes; adoção de hábitos alimentares saudáveis; reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa, restringindo as fontes industrializadas de sal; limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas; dar preferência a temperos naturais como limão, alho, cebola, ervas e outros; substituir sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura; incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário; optar por alimentos com reduzido teor de gordura do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal e identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados; estimular a abandonar o hábito do tabagismo por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte.

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

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

Pelo odontólogo nas consultas programadas foram realizadas atividades educativas, por meio de ações individuais e coletivas, aos usuários; como evidênciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação e uso de fio dental. Assim foi possível melhorar a participação dos usuários do grupo de HAS e DM com apoio da equipe, para que os usuários possam manter na rotina a realização de prática de exercício físico regular, com a ajuda dos professores de educação física da escola que fica na microáreas três e monitorando o trabalho dos agentes comunitários com respeito às orientações feitas

sobre os riscos de tabagismo, alimentação saudável e obesidade nas microáreas.

No entanto as atividades com o grupo HIPERDIA com a integração e apoio multiprofissional de especialistas: nutricionista, psicólogo; atividade que foi planejada no projeto, não foi cumprido ainda, porque a secretaria de saúde não tem carro disponibilizado para o traslado de especialistas, ainda ficam no processo de renovação dos carros para o apoio das ESF.

Outras atividades realizadas pelo médico foi às conversas antes de cada consulta com os usuários agendados sobre a importância e esclarecimento da periodicidade das consultas, para o controle das duas doenças e como estratégias para diminuir o número de usuários que evadem as consultas por desconhecimento e também apresentações de painel informativo, banner, informações educativas de esclarecimento dentro da unidade de saúde em sala de espera; a mesma estratégia foi feita depois da escuta dos portadores de hipertensão e diabetes com suas ideias para melhorar a assistência dos usuários nas consultas utilizando o local do grupo HIPERDIA no final da intervenção.

4.2 Discussão

O significado para minha ESF da intervenção foi de grande impacto, porque propiciou a organização e mapeamento do cadastramento em hipertensos e diabéticos e o monitoramento do trabalho com maior qualificação, depois da realização dos temas de capacitação com a equipe; melhorando todos os registros, a continuidade da consulta clínica odontológica, com a realização e cumprimento de ações de saúde pelos protocolos estabelecidos com maior qualidade, como a realização de hemoglicoteste e avaliação cardiovascular do risco das duas doenças em ambos os grupos. E principalmente o desenvolvimento da intervenção foi graças a participação de todos os profissionais de saúde da unidade como uma verdadeira equipe.

Para a equipe a intervenção foi de muita ajuda e muito importante porque contribuiu com a capacitação com melhor qualidade dos profissionais da unidade para o conhecimento dos protocolos do Ministério da Saúde, sobre a busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos novos e faltosos, diagnóstico, atualização de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos por protocolos e monitoramento

do cumprimento; melhorando o trabalho integrado pela primeira vez na unidade, levando em consideração que os agentes comunitários trabalharam em contato mais direto com as microáreas juntamente aos parceiros da comunidade e com melhor conhecimento dos sintomas das duas doenças, assim puderam realizar melhor a identificação dos grupos das famílias e indivíduos expostos a riscos e fazer a atualização dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ponto muito importante foi o trabalho da enfermeira mais ao final da intervenção, pela questão do acolhimento à demanda espontânea, revisão dos medicamentos, atualização dos registros da ficha A e ficha espelho dos usuários, realização de triagem, com significativa importância na reorganização do programa HIPERDIA e planejamento após a consulta do usuário de HAS e DM, programando o acolhimento nos grupos de acompanhamento e a continuidade do trabalho, assim como a realização das reuniões da equipe com mais qualidade para discutir os problemas e planejar estratégias de trabalho em conjunto com a equipe. Foi importante também o trabalho do dentista na realização das ações de promoção da saúde; as técnicas de enfermagem na realização de suas atribuições, com o reconhecimento e valorização dessas atribuições de forma.

A intervenção contribuiu também para a organização, cumprimento e monitoramento das atividades prestadas em outros serviços e priorizando outros programas como a assistência à saúde da mulher, assistência à saúde da criança, assistência à gestante, saúde do idoso, saúde bucal, busca ativa da tuberculose, hanseníase e imunização com ênfase na prevenção.

Antes da intervenção não tinha trabalho de equipe para o atendimento organizado e monitoramento das atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes, onde os cuidados médicos e atenção preventiva, por causa de instabilidade médica, eram muito deficientes. Com a intervenção foi possível melhorar a qualidade da classificação de risco e acolhimento, melhorando o atendimento agendado e a demanda espontânea; diminuir a quantidade de usuários muito cedo na unidade para obter ficha de atendimento, diminuindo a venda ilícita de fichas para o atendimento.

Também conseguimos difundir na comunidade a importância da saúde preventiva e não curativa, com a participação de maior número de usuários no programa e em acompanhamento, com melhoria significativa dos acompanhamentos e organização do trabalho, priorização do atendimento aos hipertensos e diabéticos

pela equipe para o cumprimento das atividades de saúde, melhorando os indicadores de saúde da unidade.

Acho que a importância para a comunidade é a melhoria na organização do serviço para os hipertensos e diabéticos, com o impacto da aceitação do médico pela comunidade e o trabalho continuado da equipe. A comunidade já está reconhecendo mais os seus direitos e suas responsabilidades como usuários, já têm vontade de cumprir as diretrizes de tratamento corretamente e mudou a cultura médica, porque com a intervenção a comunidade percebeu que o profissional médico não só prescreve receitas e exames médicos complexos, mas também tem uma relação inicial médico-usuário, considerando a realização de um exame físico e as necessidades de saúde da população.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos discutido todas as atividades que vínhamos desenvolvendo com a equipe toda e tivéssemos o apoio contínuo e estável de uma enfermeira. Também faltou uma articulação com a comunidade, com mais apoio da comunidade, poderíamos traçar planos mais profundos e melhorar nosso trabalho para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que finalizamos o projeto, percebe-se que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, terá condições de superar algumas das dificuldades encontradas a curto, médio e longo prazo.

A nossa intervenção já está sendo incorporada como parte do trabalho do serviço. Para isto, com a experiência da intervenção e as conversas com todo o equipe vamos melhorar o desenvolvimento da equipe no trabalho mudando alguns conceitos e incorporando a ação programática à rotina do trabalho, por exemplo, manter o monitoramento dos usuários em acompanhamento, com o trabalho dia a dia das busca ativas de hipertensos e diabéticos dos ACS e do médico, o livre acesso dos usuários portadores de hipertensão e/o diabéticos na unidade como demanda espontânea priorizando usuários faltosos a consulta médica e odontológica, a organização por área de atendimento para usuários dos prontuários, a realização da triagem com qualidade pela técnica de enfermagem e o acolhimento pela enfermeira e o preenchimento das fichas FAAs e ficha espelho com dados atualizados.

Vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco e também realizar a classificação e avaliação dos usuários hipertensos

e diabéticos com dificuldade motora que necessitam receber cuidados domiciliares e com mais apoio da comunidade. Notamos que a falta de algumas informações nos prontuários e os atrasos na realização de exames acabaram prejudicando e atrasando o ritmo da intervenção, tendo ainda duas microáreas de usuários hipertensos e diabéticos para fazer a avaliação cardiológica e busca ativa, o que prejudicou os indicadores.

Para melhorar a atenção à saúde no serviço a partir do mês atual iniciamos com a nova agente comunitária de saúde o trabalho para as demais microáreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos cadastrados, todos com avaliações e orientações realizadas de acordo aos protocolos estabelecidos melhorando os indicadores. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de saúde da pessoa idosa.

5 Relatório da intervenção para gestores

Exma. Senhora Secretária Municipal da Saúde e Exma. Senhora Coordenadora da Saúde do Município Santiago, nosso projeto de intervenção foi realizado na Unidade de Saúde Monsenhor Assis com uma duração de 16 semanas de fevereiro à junho de 2015; uma unidade difícil de desenvolver mudanças significativas devido à rotatividade de profissionais médicos, tendo em conta que o desenvolvimento na promoção, atenção, avaliação e monitorização aos hipertensos e diabéticos antes da intervenção eram muito pobres devidos à instabilidade médica e à atenção ofertada de acordo com a visão dos usuários de que a estratégia preconize assistências curativas nos atendimentos sem cultura médica preventiva; e apesar de ter sido um caminho com muitas dificuldades, tivemos bons resultados. O mais importante das ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas contribui para o melhoramento e desenvolvimento de nosso trabalho como ESF e mesmo assim faz parte de um curso de Especialização na prática da Medicina Familiar, do curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à Distância, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFpel), unido ao Programa Mais Médicos do Brasil.

Nosso maior desafio sempre foi programar na prática o projeto porque o trabalho tem que ser de toda a equipe e desde o início da intervenção a unidade não tinha o apoio da enfermeira porque ficava ausente por problemas de saúde e a unidade não tinha uma rotina de trabalho nem o controle dos funcionários, isto dificultou a intervenção, além de que ainda a unidade está num processo do cadastramento da população interessada e os ACS têm que conseguir que a população esteja envolvida nele ainda. Mas depois da incorporação da enfermeira e as ferramentas para monitorar o trabalho, o ponto de trabalhar na comunidade na busca ativa como ferramenta essencial melhorou nas últimas quatro semanas da

intervenção e a resposta da comunidade para nosso desenvolvimento das ações na intervenção foi de grande impacto alcançando no final da intervenção uma cobertura na área de saúde de 228 (38,3%) para os hipertensos e 50 (29,4 %) para os diabéticos da área de abrangência.

Pois, propiciou também a organização e mapeamento do cadastramento em hipertensos e diabéticos a monitorização do trabalho com maior qualificação, alcançando o cadastramento de 167 (73,2%) em hipertensos e fechamos com 40 diabéticos (80%) por exame clínico em dia, depois da realização dos temas de capacitação com a equipe; melhorando todos os registros, a continuidade da consulta clínica odontológica com a realização e cumprimento de ações de saúde pelos protocolos estabelecidos alcançando avaliação odontológica em dia, dos 228 hipertensos (100%), e em 100% dos diabéticos.

Muitas das ações previstas no projeto foram cumpridas integralmente, incluindo as consultas clínicas agendadas em conjunto com as consultas do odontólogo mantendo durante os três meses uma proporção de 100% com exame clínico adequado no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, para a realização da avaliação de risco cardiovascular que foi cumprida no terceiro mês 167 (73,2%) em hipertensos e fechamos com 40 diabéticos (80%). A avaliação do cumprimento dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e solicitação dos exames laboratoriais, a ação se mantém como rotina de trabalho e planejada em conjunto com os ACS para a localização de um grupo de usuários que tem atendimento com especialistas privados e que são faltosas as consultas, mas eles estão já identificados e estamos trabalhando para mudar condutas e manter o percentual alcançado na intervenção onde a proporção foi em 100% durante todos os meses da intervenção. Também foi cumprida a proporção ao longo das semanas de intervenção com o percentual de 100% tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos em relação à prescrição de medicamentos da farmácia popular, em relação com os exames complementares.

A mudança de agendamentos uma vez por semana nas quartas, para os próximos dias de atendimento programados, com a melhoria da qualidade da classificação e a melhoria do acolhimento diário para o melhor atendimento agendado e a demanda espontânea, realizados pela enfermeira foi positivo para diminuir o acúmulo de usuários muito para obter ficha de atendimento.

Ponto importante foi o apoio dos gestores, para a realização dos exames complementares em dia fechando com 167 (73,2% do total em acompanhamento) em hipertensos e em diabéticos terminamos com 40 diabéticos (80% dos acompanhados) mesmo assim diminuir para uma semana o tempo de realização dos exames até obter o melhor resultado, e também priorizar a unidade e o projeto. Atualmente só temos demora na realização do ECG que se mantém em um mês para a realização.

Com respeito ao trabalho do Grupo HIPERDIA o cumprimento foi desenvolvido parcialmente, não foi possível ter um local próximo à unidade para que seja fácil o acesso de toda a equipe profissional e da comunidade nas primeiras oito semanas da intervenção, mas a solução foi realizada pela nova enfermeira utilizando o carro dela, iniciando as atividades educativas de grupo nas últimas quatro semanas.

Foram disponibilizadas no final da intervenção pela secretaria de saúde, 300 unidades de fitas, para a realização todos os dias de hemoglicoteste, as atividades com o grupo HIPERDIA com a integração e apoio multiprofissional de especialistas; também foi cumprida parcialmente, porque precisamos de carro disponibilizado para o traslado de especialistas, e ainda o município de saúde ficam no processo de renovação dos carros para o apoio das ESF, mas foi possível manter na rotina a realização de prática de exercício físico regular, com a ajuda dos professores de educação física da escola que fica na microáreas três.

O desenvolvimento das ações realizadas, que acho foi parcialmente cumprido em alguns pontos, em geral tivemos bons resultados, aumentando o contato dos ACS mais direto com as microáreas conjuntamente os parceiros da comunidade e com melhor conhecimento dos sintomas das duas doenças para identificação dos grupos das famílias e indivíduos expostos a riscos e a atualização dos registros. Além das dificuldades que influem nos baixos níveis de indicadores que deixam um pouco triste, o entusiasmo continua porque acho que estamos educando e melhorando a qualidade do atendimento e organização do trabalho nas comunidades com a incorporação das ações do projeto à rotina do serviço e mudando alguns conceitos deles em respeito o atendimento médico preventivo.

Acho importante o apoio dos gestores à continuidade de nossa intervenção com a melhoria e colaboração contínua do processo de promoção-prevenção-cura e reabilitação das duas doenças.

São grandes as dificuldades de nossa equipe de saúde para efetivar uma prática cotidiana de promoção, produto do elevado nível da demanda em consultas com visão curativa da comunidade, mas foi possível o cumprimento das metas propostas de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade sendo conquistado integralmente em todos os meses da intervenção.

Para isso, é importante a garantia de capacitações para atualização dos profissionais de saúde da unidade na atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus e a capacitação continuada para a difusão e o desenvolvimento de metodologias e linguagens em educação popular em saúde e mantém o apoio dos gestores as campanhas de rastreamento que deve ser um processo sistemático a ser continuado e não um esforço isolado para melhorar na busca ativa de casos não diagnosticados.

Por último seria muito interessante que nossa intervenção fosse avaliada pelos gestores de saúde de nosso município com respeito a evidências sobre eficiência, custo e impacto que viabilizariam a ampliação de outras ações programáticas como, por exemplo, a avaliação dos indicadores de qualidade na saúde da pessoa idosa, tendo em conta as características do mundo com tendência elevada de inversão da pirâmide da populacional atual.

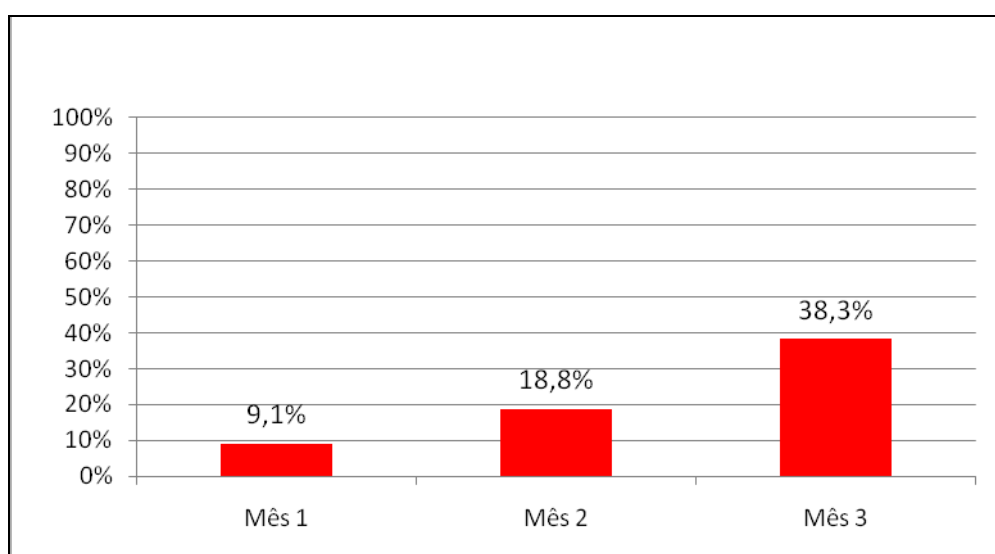


Figura 4. Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

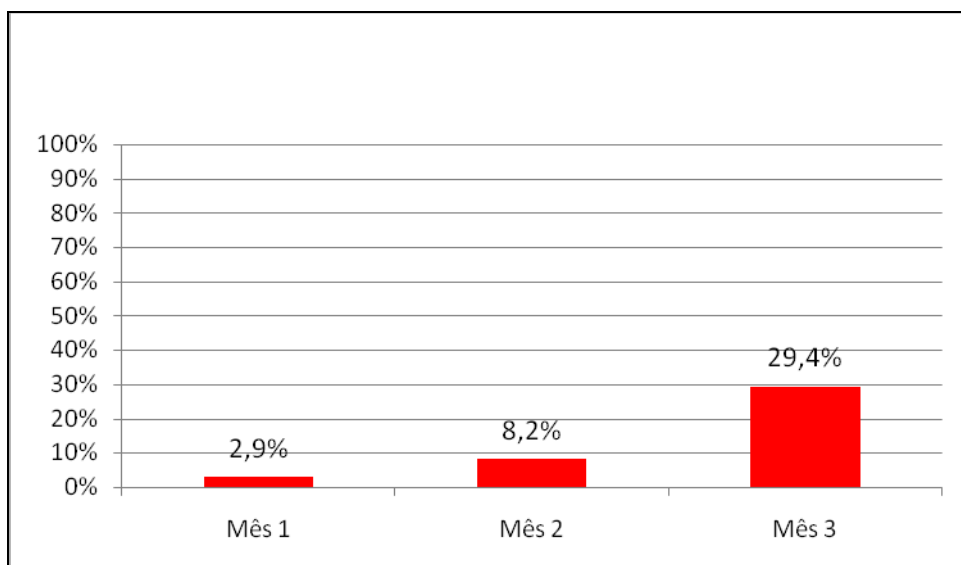


Figura 5. Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nosso trabalho de intervenção desde o início foi realizado com a principal intenção de realizar o melhor controle e desenvolvimento das atividades de saúde nos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade, cumprindo e realizando o projeto com apoio dos manuais e procedimentos do ministério de saúde do Brasil.

Os atendimentos clínicos do médico junto com o odontólogo por um período longo e contínuo, com consultas agendadas e em demanda espontânea, foi um ponto muito positivo para a comunidade, já que a permanência de um médico era muito difícil na unidade e o trabalho em equipe não existia. Assim as atividades com a população só eram realizadas com a visão de atendimento curativo e muito pouco preventivo.

Com a nova visão do trabalho nesse período da intervenção, um trabalho preventivo e em equipe a população está mais satisfeita, com as atividades do projeto pouco a pouco fomos capazes de melhorar e elevar a relação com a comunidade. Aumentou a qualidade das ações planejadas, o trabalho de busca ativa dos hipertensos e diabéticos, embora ainda haja uma dificuldade muito grande com os usuários que estão cadastrados e não gostam de comparecer a unidade porque vão a consultas particulares. Mesmo assim os agentes comunitários já fazem um trabalho de conversar com eles sobre a importância da avaliação na unidade, além de orientar sobre alimentação saudável, risco de tabagismo e sobre saúde bucal.

Atualmente os usuários que não tinham conhecimento da importância de nosso trabalho e do projeto, já estão comparecendo as consultas com a consciência de que vão ter uma atenção de qualidade integral. Outro ponto importante foi o grupo HIPERDIA, que ficou parado no início por falta de transporte e a não

existência de local perto da comunidade e equipe; e depois das primeiras oito semanas de intervenção foi reativado com o grande apoio da nova enfermeira.

Além disso, o agendamento das consultas foi organizado, com o objetivo de diminuir o acúmulo de usuários muito cedo na unidade para obter ficha de atendimento agendado e diminuir a venda ilícita de fichas para o atendimento médico, o que afeitava muito a comunidade. Melhoramos o acolhimento da demanda espontânea aos usuários portadores de HAS e/ou diabéticos na unidade, priorizando usuários faltosos a consulta médica e odontológica, com organização por área de atendimento para usuários dos prontuários, a realização da classificação organizada e com qualidade pela técnica de enfermagem e o acolhimento pela enfermeira, reforçando assim a aliança com a comunidade que falam que está muito melhor atendida.

Uma situação que foi polemica para a população foram os atrasos de mais ou menos um mês, no início da intervenção, da realização dos exames complementares. Mas progressivamente foi melhorando, porque falamos com a coordenadora para garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares, diminuindo para uma semana o tempo de realização dos exames ate obter o resultado. Atualmente só temos demora na realização do ECG que se mantém em um mês para a realização.

Outro ponto positivo foi o uso mais continuado da população hipertensa e diabética, da farmácia popular, graças as atividades de conversas na sala de espera pela técnica de enfermagem, enfermeira e pelos ACS nas visitas nas microáreas. Sendo positivo que todos nossos usuários hipertensos e diabéticos têm um medicamento farmacológico da farmácia popular incorporado no seu tratamento farmacológico, incluindo aqueles usuários faltosos a consultas porque não gostam de ir até a ESF. Mas eles estão cadastrados e identificados que usam no mínimo um medicamento da farmácia popular solicitado por outros especialistas.

O trabalho ainda esta sendo feito pelos ACS que estão fazendo com ajuda de alguns vizinhos, atividades com palestras no grupo Hiperdia e com conversas na sala de espera a mudança do conhecimento sobre o funcionamento da ESF e assim vamos melhorando o controle dos usuários e também favorecendo a economia deles mediante a realização das receitas médicas e aquisição dos produtos, de um jeito muito mais organizado.

Foi muito bem acolhida pela comunidade a atividade de identificação de usuários com deficiência física, com a posterior realização de visitas domiciliares do médico para a identificação de suas necessidades médicas, atividade que já esta sendo realizada com o melhor apoio da comunidade na busca ativa dos usuários junto aos ACS e incorporada como rotina de trabalho.

Atingir o pleno exercício de participação da comunidade na busca de condições dignas de qualidade de vida com a intervenção realizada e mantem a continuidade da intervenção com o apoio da população, não é difícil, mas representa o desafio à comunidade e aos profissionais de saúde.

Apesar de se considerar não muito relevante a participação da população em nossa intervenção, eu acho interessante mantem envolvidos a comunidade no processo da saúde preventiva promovendo a participação de diferentes atores da comunidade selecionados pelos ACS nas reuniões de equipe, e parceiros nas reuniões de grupo HIPERDIA constituindo o espaço de troca de informações e busca de soluções conjuntas o que contribui para a melhoria da qualidade da atenção, porque tal participação aponta para a importância do usuário como protagonista do seu próprio viver e da produção de seu cuidado integral e a necessidade de avançar nessa interação equipe de saúde/ comunidade, de forma que a população compreenda o direito de atuar nas atividades do nosso projeto de intervenção de saúde pela efetiva participação com maior consciência das pessoas.

A nossa população deve ficar incentivada e acolhida pela equipe para ampliar sua efetiva participação com o desenvolvimento do trabalho da equipe e na obtenção de atenção em saúde integral que responda às reais necessidades da população com a adesão da comunidade às atividades oferecidas pela unidade de promoção da saúde e prevenção de doenças que possibilitam a compreensão para a população e a equipe.

Com o projeto de intervenção estamos buscando novas alternativas no modo de fazer saúde, por meio de propostas que vislumbram modificar o conceito de saúde/doença procurando forma de motivação e estímulo ao trabalho de saúde dentro do núcleo da família na comunidade e nos grupos, onde vamos proporcionar benefícios importantes como a presença de apoio emocional por meio da ajuda profissional e interação social com pessoas que até então não faziam parte da rede social do indivíduo e a possibilidade de que nestas reuniões haja a troca de saberes a partir da vivência pessoal e coletiva, podendo contribuir na concepção sobre o

processo saúde/doença de nosso projeto de intervenção, favorecendo a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e como uma forma de ampliar a participação da comunidade na melhoria do trabalho da equipe.

Temos a proposta de colocar dentro da unidade e no local do grupo HIPERDIA, uma caixa de sugestões para que as pessoas possam contribuir com o desenvolvimento das atividades e semanalmente a equipe recolhe as sugestões e discutimos nas reuniões e em alguns casos podemos levar o assunto para discutir nas reuniões de comunidade, para fazer contribuições e reforçar o sistema de saúde mais democrático e humanitário com o único objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Conhecer outras práticas para atenção integral de saúde como produtor e organizador de outras formas de pensar sobre estilos de vida e outras práticas contemporâneas envolvido na população de um ponto biopsicossocial, e a problemática da idealização de modelos familiares que produz a compressão do contexto familiar, e comunitário e social para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, foram minhas expectativas do meu trabalho como profissional de equipe no início do curso. Que com o desenvolvimento do meu trabalho como médico e o apoio da secretaria da saúde do meu município, em conjunto com a equipe de saúde da ESF, as expectativas foram cumpridas e muito satisfatórias, tendo em conta que a comunidade fica agradecida pelos atendimentos humanitários e com nível científico, que foi aumentando progressivamente para o melhor nível de saúde da comunidade com o cumprimento da intervenção realizada no período do curso que ajudou para a melhoria dos meus conhecimentos e a atualização dos programas de saúde e a realização na prática dos protocolos brasileiros, proporcionando assim a realização positiva das minhas expectativas como profissional da saúde e como pessoa .

O desenvolvimento do trabalho, com as ações planejadas e cumpridas na prática contínua no dia a dia do trabalho de intervenção em conjunto com toda a equipe profissional, com os conhecimentos prévios da análise da situação de saúde da minha comunidade e posterior integração das ações à rotina do trabalho com o suporte tecnológico de todas as informações aportadas pelo curso de especialização e a interação com os colegas e professores em todos os espaços do curso, permitiu que fossem ser desenvolvidas de forma ótima, melhorando a barreira da língua portuguesa e aumentando nossos conhecimentos sobre os temas em saúde, social

e legal, de forma atual, que foram disponibilizados pelo curso de especialização através do Programa Mais Médico.

Na minha prática profissional o curso significou de muito valor para meus conhecimentos, porque não só foi o espaço de difusão dos saberes, como também estimulou a apropriação e construção de uma forma progressiva de meu patrimônio pessoal com o relacionamento mais próximo com as comunidades e o desenvolvimento do meu trabalho com a equipe sendo em ambos os casos estimulante, prazeroso e autoincentivador não sendo apenas profissional de saúde, mas também como ser humano aprimorando a minha linguagem com os estudos dos temas do curso e na prática com os usuários, colegas da equipe, amigos, a ajuda dos professores do curso, todos eles conquistados no decorrer da minha estadia no Brasil.

O mais relevante e com maior importância do curso acredito que é a possibilidade de ter formas de pensamentos com nossos próprios processos de aprendizagem, que possibilitam ter o papel ativo para o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos, conhecendo também nosso rendimento e avaliação da capacidade intelectual como estudante. E além de tudo, melhorar o foco de nossa atuação em saúde com a comunidade no nível mais integral e desenvolver as práticas em saúde com novas perspectivas mantendo nosso nível de realização dos conhecimentos mais atualizados na prática da saúde integral e humanitária, alimentando meu campo de saber.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013¹. 27 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013². 29 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

LEWINGTON S. *et al.* Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-13.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, v. 289, n. 19, p. 2560-2571, May. 2003.

Apêndices

Apêndice A – Formulário-1 Avaliação risco cardiovascular (CV).

**FORMULARIO -1
AVALIAÇÃO RISCO CV****NOME:****IDADE:****SEXO:****TABAGISTA:** ()SIM ()NÃO**PA:** ()SIM ()NÃO**DIABETES:** ()SIM ()NÃO**COLESTEROL TOTAL:****HDL:****LDL:****AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA****CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

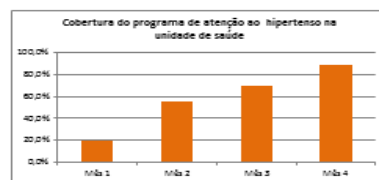
Prezada Pesquisadora;

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

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

INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	19,8%	55,2%	69,7%	88,6%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da UBS	85	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	27,4%	80,2%	99,1%	100,0%
	Numerador: Número total de diabéticos residente na área de abrangência da UBS	29	85	105	106
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde	106	106	106	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residente na área de abrangência da UBS	85	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residente na área de abrangência da UBS	29	85	105	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	Proporção de hipertensos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residente na área de abrangência da UBS	85	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	Proporção de diabéticos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residente na área de abrangência da UBS	29	85	105	106



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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante