

**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 à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/RS

Dailis Ramírez San Miguel

Pelotas, 2015

Dailis Ramirez San Miguel

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/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

M636m Miguel, Dailis Ramirez San

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/RS / Dailis Ramirez San Miguel; Tatyara Feitosa Sampaio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 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

Dedico esse trabalho aos meus companheiros de trabalho que sempre tiveram a meu lado, com ajuda e apoio deles consegui desenvolver essa intervenção que no início foi bem difícil, devido á língua diferente, me ensinaram a nunca desistir e sempre olhar para frente.

Agradecimentos

Agradeço a minha professora Tatyara Feitosa Sampaio, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho de conclusão e a todas essas pessoas que participaram na intervenção, em especial a minha equipe de trabalho.

Resumo

RAMÍREZ SAN MIGUEL, Dailis. **Melhoria do Programa de Atenção a Saúde dos Hipertensos e Diabéticos, na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/ RS. 2015.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 215.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são patologias de preocupação do Ministério de Saúde devido seu alto nível de incidências e complicações. A baixa cobertura de atenção à saúde dos usuários com HAS e DM na população de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/RS e o fato dessas doenças constituírem as principais causas de morbimortalidade da área em questão, foram motivações para escolha desse tema para a intervenção. Com o objetivo de Melhorar a atenção à Saúde dos usuários Hipertensos e Diabéticos, foi realizada uma intervenção com a duração de quatro meses (fevereiro- junho) nesta ESF. Participaram da intervenção todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência. As ações realizadas na intervenção foram baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a). Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro desses usuários na planilha de coleta de dados (Anexo A) foi realizado no momento da consulta, a qual serviu para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo B). Dentre as metas a cumprir tivemos: ampliação da cobertura, melhoria na qualidade a atenção aos hipertensos e diabéticos assim como a melhoria na adesão e registro das informações dos hipertensos e diabéticos. Para isso estabelecemos ações dentro de quatro eixos pedagógicos: avaliação e monitoramento das ações, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Com esse trabalho conseguimos alcançar uma cobertura do programa de 35,4% (n=475) e 36,6% (n=140) para hipertensos e diabéticos respectivamente. Também foram alcançados 100% de qualidade nos demais indicadores avaliados durante a intervenção. A intervenção serviu para que a equipe toda se envolvesse nas atividades desenvolvidas com a população. Além disso, foi o momento que serviu para capacitar a equipe sobre os protocolos de atendimentos dos hipertensos e diabéticos e recomendações do Ministério da Saúde. O serviço pode viabilizar acompanhamento a um maior número de pessoas, além de agendamentos para os Hipertensos e Diabéticos, sendo importante para a comunidade começar a entender a importância no cuidado e cumprimento das orientações oferecidas para os hipertensos e diabéticos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1. *Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/RS, 2015.*.....57

Figura 2. *Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/RS, 2015.*.....57

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Estudos Odontológicos
SAMU	Serviços de Atenção Médica de Urgências
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
TQC	Teste de Qualificação Cognitiva

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	19
2	Análise Estratégica	21
2.1	Justificativa.....	21
2.2	Objetivos e metas.....	23
2.2.1	Objetivo geral.....	23
2.2.2	Objetivos específicos e metas	23
2.3	Metodologia.....	26
2.3.1	Detalhamento das ações	26
2.3.2	Indicadores	42
2.3.3	Logística.....	47
2.3.4	Cronograma	50
3	Relatório da Intervenção.....	51
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	53
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	54
4	Avaliação da intervenção.....	56
4.1	Resultados	56
4.2	Discussão.....	62
5	Relatório da intervenção para gestores.....	65
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	67
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	69
	Referências Bibliográficas	71
	Anexos	72
	Apêndice	82

Apresentação

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção será descrito o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito os resultados da Intervenção que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população.

Por último será descrita a Reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade de saúde está no bairro Italiano, Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fabio Telles Tourem, está localizada na zona urbana deste município. Desde o início houve boa aceitação tanto por parte da população como por parte da equipe de saúde, sendo muito confortável para mim por encontrar-me em um país com o idioma diferente. Acreditava que a comunicação com os usuários seria difícil, mas aconteceu o contrário graças ao apoio das pessoas, que de uma maneira ou de outra fizeram com que me sentisse muito confiante com a comunicação.

A unidade presta serviços médicos de qualidade. Contamos somente com uma equipe de trabalho, acredito que é suficiente para garantir um bom atendimento, nossa equipe está composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um odontólogo com sua auxiliar de consultório dentário, seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar administrativa e uma médica clínica geral do programa “Mais Médicos” do Brasil. Possui uma recepção, sala de enfermagem, sala de vacina, sala de curativo, sala de observação, sala de esterilização, um consultório médico e um odontológico, quatro banheiros, cozinha e sala de reunião.

Com minha chegada nesta unidade o trabalho foi organizado da melhor maneira para obter um bom atendimento a população. Foram colocados em prática projetos e objetivos principais da Atenção Primária à Saúde (APS) promovendo prevenções, tratamento e reabilitações. Anteriormente os atendimentos eram feitos em duas horas em cada seção, agora tem médico o tempo todo de segunda a sexta, com aumento do número de consultas médicas.

Meu trabalho está baseado no atendimento as consultas agendadas e demandas espontâneas que passam primeiramente pela triagem de enfermagem, além das visitas domiciliares que são realizadas fundamentalmente a pessoas cadeirantes, acamadas.

Em caso de urgências médicas são encaminhadas ao hospital do município Santo Antônio para uma melhor avaliação.

As principais doenças que chegam a nossa unidade são: doenças respiratórias agudas, dislipidemias, parasitismo intestinal e as doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes. Quero dizer que meu principal trabalho esta na promoção e intervenção na saúde para obter a menor incidência de doenças crônicas.

Trabalhamos para mudar os estilos de vida e obter uma melhor qualidade de vida da população que precisa dos nossos serviços na área de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Encontro-me trabalhando no Município São Francisco de Assis, Rio Grande do Sul, que tem um total de 19561 habitantes, com quatro ESF, uma UBS Central, contando com apoio do NASF (psicóloga nutricionista e psiquiatra).

Contamos com o hospital Santo Antônio para um bom atendimento dos usuários, prestando serviços de urgências, emergências, serviços de internação, assim como acompanhamento ao parto e puerpério de baixo risco e com SAMU para garantir o traslado do usuário. Os usuários têm acesso a qualquer exame complementar, mas a maior dificuldade está baseada na autorização, pois estes são carimbados ao final do mês então demoram mais de 15 dias, mas às vezes a cota designada pela prefeitura se esgota e o usuário tem que esperar ou pagar para sua realização, faz um bom exame clínico aos usuários para não precisar de muitos exames. Outra dificuldade é que só contamos com pediatra, ginecologia, nutricionista, psicóloga e psiquiatra, então, o usuário encaminhado para as especialidades da atenção secundária pelo SUS demora e não contamos com disponibilidade de CEO.

Minha unidade de saúde está no bairro Italiano, ESF Bairro Italiano Dr Fabio Telles Tourem, está localizada na zona urbana deste município. Nós contamos

somente com uma equipe de trabalho, acredito que é suficiente para garantir um bom atendimento, nossa equipe está composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um odontólogo com sua auxiliar de consultório dentário, seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar administrativa e uma doutora clínica geral do programa “Mais Médicos” do Brasil.

A unidade é vinculada à prefeitura do município, construída no dia 21 de julho 2011, são desenvolvidas atividades de ensino de enfermagem. Em sentido geral está bem estruturada, com boas condições e aceitável equipamento para garantir bom trabalho e elevar o nível de satisfação da população. Contamos com todo o equipamento para realizar a triagem aos usuários antes de passar para consulta, eu acho que um posto que tenha bom tensiômetro, estetoscópio, balança de adultos e crianças em boas condições, a maior parte dos problemas é resolvida.

Possui uma recepção, sala de enfermagem, sala de vacina, sala de curativo, sala de observação, sala de esterilização, um consultório médico e um odontológico, quatro banheiros, cozinha e sala de reunião. Brindamos serviços de vacina, contando com todas as vacinas do Programa Nacional de imunizações para a prevenção de muitas enfermidades em qualquer idade e grupo de risco, com maior ênfase em crianças, em busca de melhor qualidade de vida, realizamos pequenas suturas porque contamos com instrumental necessário para isso, situação que favorece muito porque diminuem os encaminhamentos para o hospital.

Contamos com bom abastecimento de matérias e insumos do município em quantidades suficientes favorecendo o trabalho, além da farmácia que se encontra na UBS central que fica mais ou menos perto do posto com boa distribuição de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis e enfermidades transmissíveis, na consulta tratamos de indicar os medicamentos existentes na farmácia para que não tenham que comprar, situação que eleva o nível de satisfação da população, sendo o maior reconhecimento para um trabalhador da saúde.

Em relação às atribuições da equipe posso dizer que os profissionais de minha Unidade Básica de Saúde participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.). A união da equipe favorece o trabalho para melhor aceitação da população, mas seria melhor se identificassem os grupos e famílias expostas a riscos, porque a melhor medicina

não é a que cura mas sim a que faz a prevenção, assim as ações de saúde teriam melhor qualidade. Os cuidados de saúde além de ser feito na unidade, é feito no domicílio, escolas e associação de bairro, situação que favorece o trabalho para um melhor controle das doenças crônicas.

É uma unidade com programa de agentes comunitários de saúde, onde estes ajudam a identificar os problemas da comunidade, nas visitas domiciliares realizadas e fazem busca ativa de usuários faltosos para uma melhor atenção da saúde, debatendo-se nas reuniões de equipe em busca de soluções rápidas para a melhora dos usuários.

As atividades domiciliares são feitas fundamentalmente aos usuários idosos, cadeirantes, crianças, usuários com doenças crônicas não transmissíveis, fazendo curativos, medição de pressão, cuidados de enfermagem, situação que favorece nosso trabalho.

Para um melhor trabalho seria bom identificar parceiros e recursos na comunidade para potencializar as ações programadas pela equipe, situação que foi discutida na reunião de equipe que se realiza todas quartas as 15:00 PM onde se faz planejamento das ações da semana próxima, discussão de casos, informações em saúde entre outras atividades, eu acho que estas reuniões são de vital importância para um melhor funcionamento da unidade.

Nossa população é de 5996 (3435 do sexo feminino e 2561 masculino), a distribuição da população na área de abrangência está acordo com a distribuição da população brasileira. Posso dizer que isso ajuda o trabalho porque assim podemos planejar com maior facilidade as ações da saúde encaminhadas aos grupos etários para uma maior solução dos problemas encontrados. Acredito que no município se deve fazer uma nova distribuição da população das unidades, para um melhor acompanhamento dos usuários, porque à nossa excede o número de usuários que podem ser acompanhados por uma equipe de saúde.

O acolhimento é uma ação técnica assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional, este deve começar a partir do primeiro contato de qualquer membro da equipe (médico, enfermeiro, odontólogo, recepcionista, etc.) com o usuário que busca o nosso centro seja para um atendimento ou em busca de informações.

Eu gosto como é feito o acolhimento das demandas espontâneas em minha unidade, o usuário é recebido pela recepcionista que com muita ética e amor orienta

aonde deve dirigir-se (sala de triagem, vacina, sala de curativos, etc.). Sem dúvida um bom acolhimento aos usuários é muito importante para a recuperação do doente, acredito que todo usuário deve ser escutado.

Os membros da equipe conhecem a avaliação e classificação do risco biológico, o que permite fazer rapidamente o encaminhamento da demanda espontânea. Os usuários solicitam consulta para o enfermeiro quando estão com problemas de saúde agudos, que eles realizam com qualidade e rapidez.

Um problema que nos afeta é que não existe serviço de próteses dentaria e não oferecemos atendimento odontológico especializado, os usuários que necessitam este atendimento são encaminhados ao centro odontológico regional de Rosário do Sul (município que fica perto de nós) para garantir os serviços especiais, és com maior qualidade.

Sobre os cuidados a saúde da criança tem que dizer o acompanhamento da criança se inicia na gravidez com a monitorização de seu crescimento entre útero e das condições gerais de saúde. O trabalho com qualidade se inicia com a captação precoce o mais cedo possível, torna-se imprescindível, da equipe e das diversas organizações governamentais.

Portanto garantindo uma boa atenção pré-natal estamos garantindo uma criança com saúde, em nossa área tem 28 crianças de menores de um ano, mas por estratégia de trabalho do município são atendidas pelos pediatras no centro materno do município, para um melhor atendimento, mas nos mediante os agentes comunitários fazemos acompanhamento das crianças nas visitas domiciliares, com objetivo que todas as crianças da área de abrangência da ESF sejam cadastradas e incluídas no programa de acompanhamento. Ao preencher o caderno notou-se que apresentamos uma cobertura de 39% de crianças acompanhadas. As principais ações são o apoio ao aleitamento materno exclusivo a livre demanda até os 6 meses de vida.

No momento o principal desafio para o município é que o acompanhamento das crianças seja feito pela equipe da ESF desde o primeiro dia de vida para um melhor controle, com ajuda dos pediatras, este tema á sido motivo de reflexão na reunião de equipe, onde esperamos que sejam realizados nas unidades para um melhor trabalho e atenção à saúde da criança, sendo um fator importante na Atenção primaria de Saúde.

A atenção à gestante também constitui uma premissa da APS. Não é secreto para ninguém que no Brasil a mortalidade infantil e a mortalidade materna ainda são um problema de saúde pública. Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo de saúde.

O programa de atenção pré-natal e puerpério têm como objetivo principal assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério da gestante e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania.

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento continuado, principalmente durante a gravidez.

Em minha unidade não é realizado acompanhamento de atenção pré-natal e puerpério, porque como estratégia do município todas as gestantes e recém-nascidos são atendidos pela ginecologia e pediatria no centro materno infantil, para um melhor seguimento pelo especialista, este tema tem sido motivo de reflexão, mas ainda se mantem assim.

Iniciamos a realização do teste rápido de sífilis e HIV nestas usuários, bem como preenchimento de cartão da gestante e orientações em primeira consulta médica ou de enfermagem. Considero que seria melhor o acompanhamento feito pela Unidade de Saúde porque o controle seria mais completo, nós fazemos visitas no domicílio, palestras na comunidade em grupos formados sobre atenção pré-natal e puerpério, aleitamento materno, cuidado com o recém-nascido, entre outros temas de importância. A situação melhorará no município quando existir um cadastramento completo nas unidades sobre grávidas, recém-nascidos e crianças e quando o acompanhamento deixar de ser feito apenas pelo especialista que fazem consultas uma vez ao mês.

Em relação á câncer de colo de útero e mama posso dizer que os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e de mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento oportuno. O câncer de colo de útero e mama são a terceira e quarta causa de maior

incidência na população feminina brasileira, por isso as ações de controle são uma tarefa muito importante na atenção primária de saúde.

Considerando a alta incidência e mortalidade relacionada a essas doenças é responsabilidade dos gestores e profissionais de saúde realizarem ações que visem o controle das doenças. A detecção precoce em mulheres assintomáticas por meio do exame citopatológico e mamografia permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, alcançando a cura em um tempo menor e com menor consequência.

Avaliando o processo de atenção a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle de Câncer de Mama, pode-se identificar que as maiores dificuldades são produzidas por não se ter um cadastro atualizado do total das mulheres com rastreamento dessas duas doenças. Ao preencher o caderno notou-se que apresentamos uma cobertura de 12% e 7% para câncer de colo de útero e câncer de mama, respectivamente. Considera-se necessário ter maior controle para avaliar a realização da execução dos mesmos, mediante uma projeção de exame a ser feito mensalmente, tanto para os exames citopatológicos como para a realização de exame clínico e solicitação de mamografia em tempo adequado.

Na população acompanhada pela unidade existem 10 casos de câncer de mama e 5 de útero, todas com acompanhamento pelo especialista, acredito ser um número elevado de casos, que devemos fazer mais ações de prevenção e promoção para que seja menor na incidência, é muito importante em cada consulta ou visita domiciliar falar sobre os fatores de riscos, assim como na importância da realização do estudo citopatológico e mamografia anual.

Dentro das ações de atenção à prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle de Câncer de mama realizadas em meu serviço são a orientação à todas as mulheres para o uso de preservativos em todas as relações sexuais, orientação sobre os malefícios do tabagismo, realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, entre outras. As ações realizadas na prevenção do câncer de mama em minha unidade são: orientação á pratica regular da atividade física, orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, além da educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como a realização de exame clínico para rastreamento do câncer de mama e solicitação de mamografia.

Contamos com quatro grupos de mulheres, onde na associação de bairro com ajuda dos agentes comunitários se realizam palestras sobre estas doenças, podendo conhecer os principais fatores de risco, na importância do autoexame de mama, assim como na realização do autoexame de mama, assim como na realização do estudo citopatológico e mamografia, não perdendo o vínculo com as usuárias com exame alterado, as quais são visitadas periodicamente pela equipe para um melhor acompanhamento. É importante lembrar que a equipe da atenção básica não deve se eximir da responsabilidade ao longo do tempo, independentemente do tipo de tratamento e do nível de complexidade do sistema no qual ela esteja sendo atendida desta forma a evolução será melhor, é importante avaliar o conhecimento da população feminina sobre o assunto e a partir disso, estabelecer estratégias para reduzir as ocorrências.

Existem os livros de registros das mulheres que se realizam a coleta de exame citopatológico e mamografia, o mesmo se revisa periodicamente pela enfermeira com objetivo de verificar se existe alguma mulher com atraso do exame ou se algum exame está alterado, avaliando assim a qualidade do programa.

Estamos trabalhando com o objetivo de ter o protocolo de controle das doenças para um melhor conhecimento, o tema foi discutido na reunião de equipe para uma rápida solução.

Tendo em vista o impacto que o câncer pode ocasionar estratégias profiláticas, tanto em nível de saúde mental, quanto físico, são de fundamental importância para a diminuição das ocorrências e melhoria de trabalhar com as doenças. O conhecimento de formas efetivas de prevenção e tratamento das condições socioambientais é possível e isto deve ser assumido pelos profissionais de saúde de modo a elevar a qualidade de vida das pessoas.

Nos últimos anos, na presença de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial é observada com frequência cada vez maior, sobretudo na sociedade industrial onde o estilo de vida, caracterizado por uma dieta demasiado rica em gorduras e açúcares e por um hábito generalizado de estilo sedentário, favorecendo estas doenças. Sendo um problema de saúde com consequências devastadoras, com um aumento do risco de doenças coronárias. O Brasil não fica fora dessa realidade.

Avaliando a cobertura de usuárias com HAS e DM em minha área de abrangência acredito que este número é inferior à média nacional. Ao preencher o caderno notou-se que apresentamos uma cobertura de 37% e 27% de usuárias

hipertensos e diabéticos respectivamente. O que nos orienta à realização de uma maior pesquisa ativa, com planejamento de ações para diminuir sua incidência.

A respeito da avaliação dos indicadores de qualidade, posso constatar que todos os usuários são contemplados com a estratificação de risco cardiovascular em cada consulta para um melhor seguimento, com indicação de exames complementares e orientação nutricional e atividade física, assim como sobre a importância da saúde bucal.

Com ajuda do educador físico mantemos contatos frequentes com os usuários, onde oferecemos orientações e palestras sobre as doenças para um melhor conhecimento dos usuários, com objetivo de mudar seus estilos de vida, aumentando a qualidade de vida, tendo como principal ação aos usuários, estas ações são feitas na unidade, associação de bairro, na comunidade, ou outro local escolhido pelo agente de saúde e educador físico. Também existe o programa de HIPERDIA, onde toda a equipe tem sua responsabilidade, que com apoio do NASF as atividades se desenvolvem com maior qualidade.

O envelhecimento populacional é um problema mundial e no Brasil não fica isento disso, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada, processo que, do ponto demográfico, devesse unicamente ao rápido e sustentado declínio da fecundidade.

A pessoa idosa é aquela que envelhece, pode ser saudável ou não, tudo depende da disposição das pessoas, da sua experiência da vida, algumas têm um envelhecimento tranquilo, mas outros casos este podem ser bastante degradantes. Para nós referirmos e avaliar uma pessoa idosa tem que ter em conta o seu estado físico, psíquico e social que normalmente ocorrem nesses usuários, e que justificam um cuidado diferenciado.

Ao preencher o caderno notou-se que apresentamos uma cobertura de 76% de usuários idosos. Na unidade se realiza atendimento a pessoas idosas todos os dias da semana, com prioridade de atendimento, para um melhor seguimento, com participação de toda a equipe para uma avaliação integral, desenvolvendo atividades de vacina, atividade física, saúde bucal, entre outras. Contamos com três grupos de idosos que em sua maioria são hipertensos e diabéticos, onde duas vezes por semana com apoio do educador físico se realizam atividades para melhorar sua qualidade de vida, além disso, em nossa área de abrangência se encontra o asilo do município efetuando-se visita uma vez por mês.

Nosso maior desafio é oferecer suporte de qualidade de vida para essa imensa população de idosos, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. A questão social do idoso exige uma política que amenize cruel realidade daqueles que conseguem viver com idade avançada. Após tanto esforço realizados para prolongar a vida, seria lamentável não se possibilitar as condições adequadas para vivê-la com dignidade.

Para finalizar, é interessante dizer que o maior desafio no trabalho da ESF Bairro Italiano é realizar o cadastramento da população em sua totalidade, assim como aumentar a expectativa na qualidade de vida da população, mediante as ações de promoção e prevenção de saúde. Modificar o estilo de vida prejudicial praticado pela população e realmente conseguir o propósito da APS, no cuidado, promoção e educação em saúde, sendo ferramentas de primeiro plano para o cumprimento de uma atenção primária de qualidade na saúde.

Além de garantir que todos os cidadãos tenham os mesmos direitos aos serviços de saúde, assim como receber atendimento médico de qualidade com atenção e acompanhamento preferencial aos grupos de riscos. Por fim destaca-se que os questionários e Cadernos das Ações Programáticas fornecidos durante essa etapa permitiram o reconhecimento de todas as dificuldades da unidade, com estratégias de solução imediata para o bem de toda a população.

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

Fazendo uma comparação desse relatório situacional com o texto sobre a situação da ESF/APS em meu serviço descrito na segunda semana do curso, pude identificar que os serviços prestados em minha unidade melhoraram, antes a população contava com atendimento só duas horas por cada seção, todo isso foi eliminado, são atendidos em dois turnos, com atendimento das consultas agendadas e as demandas espontâneas, agora os usuários tem médicos todo o dia para um pronto atendimento, além temos mais contato com as gestantes, as visitas a recém-nascidos e puérperas são realizadas antes dos 7 dias, também contamos com maior motivação e união da equipe da saúde para realizar mudanças que favorecem nosso trabalho, com um melhor funcionamento da unidade. Posso dizer que nossa ESF tem todas as condições para garantir atendimentos médicos de qualidade.

Depois de 5 meses de trabalho fico contente em poder vencer uma barreira que no início achei que ia a dificultar minha estadia, o idioma, hoje não falo um português perfeito, mas o mais importante é que os usuários me entendem e estão muito contente com a mudança da medicina em no município, porque tem medico nas unidades o tempo todo, agradeço a ajuda de todos meus companheiros da equipe das duas unidades em que é trabalhado. Verdade que foi uma nova experiência, onde procuramos mudar o habito da comunidade para ter uma vida mais saudável.

Reafirmo que o Programa “Mais Médicos”, veio ao encontro de população para trazer muita ajuda as pessoas menos favorecidas, eu me sinto muito honrada em poder ajuda-las.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Atenção Básica/Saúde da família é organizada por meio do trabalho interdisciplinar em equipe, mediante a responsabilização de Equipe de Saúde da Família (ESF). Trabalhamos com foco nas famílias, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Dentro alguns grupos priorizados estão os usuários hipertensos e diabéticos. Nos últimos anos, a presença de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial são observadas com frequência cada vez maior, sobretudo na sociedade industrial onde o estilo de vida, caracterizado por uma dieta demasiado rica em gorduras e açúcares e por um hábito generalizado de estilo sedentário, favorecendo estas doenças. Estas constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, representando dois dos principais fatores de risco das doenças coronárias, que podem levar a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário e sua família. São problemas de saúde comum com consequências devastadoras, frequentemente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua evolução, por isso tem que ser diagnosticada precocemente porque oferecem múltiplas chances de evitar complicações, nos mediante ações de promoção e prevenção podemos evitar consequências futuras (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013^a). Por isso nosso projeto de intervenção.

Minha unidade de saúde está no Bairro Italiano, ESF Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, está localizada na zona urbana do município São Francisco de Assis, Rio Grande do Sul, com uma população de 5996 (3435 do sexo feminino e 2561 masculinos). Nós contamos só com um equipe de trabalho, acredito que é suficiente para garantir um bom atendimento, nossa equipe está composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um odontólogo com sua auxiliar de

consultório dentário, seis agente comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar administrativa e uma doutora clínica geral do programa Mais Médicos para o Brasil. Possui uma recepção, sala de enfermagem, sala de vacina, sala de curativo, sala de observação, sala de esterilização, um consultório médicos e um odontológico, quatro banheiros, cozinha e sala de reunião. Pode-se afirmar que a estrutura da unidade é boa e permite um bom fluxo de usuários. Acredito que contamos com todas as condições para um bom acompanhamento para os usuários hipertensos e diabéticos.

Nossa população alvo são 1340 hipertensos e 383 diabéticos (estimativa do CAP). No entanto, o total de hipertensos acompanhados em consultas programadas seguindo protocolo do atendimento em nossa área de abrangência é 495 hipertensos que representa 37% de cobertura e 105 diabéticos, que representa 27% de cobertura. Acredito que a qualidade de atenção à saúde desses usuários em acompanhamento está equilibrada, com a união da equipe do NASF, educador físico e a equipe da ESF. O seguimento se desenvolve com maior qualidade, tudo com objetivo de melhorar a qualidade de vida destes usuários e evitando futuras complicações. Desenvolvemos atividades de promoção e prevenção de saúde com os grupos de hipertensos e diabéticos, fundamentalmente palestras, pratica de exercícios físicos e atividades de ensino sobre estas doenças.

A escolha do foco de intervenção foi uma decisão da reunião da equipe por tratar-se de doenças com alto nível de incidências e agravos nos casos prevalentes. Estas doenças constituírem as principais causas de morbimortalidade da área em questão. Além a cobertura de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados e acompanhados na área está muito baixa, não existe um dia da semana especifico para o atendimento a usuários com doenças crônicas, existe atraso em os exames periódicos, não existe um controle sobre as incidência (casos novos) e prevalências (casos existentes) e não existe um cronograma de palestras na comunidade sobre estas doenças. Pretendemos com esta intervenção fazer cadastramento completo da população e pesquisa ativa de usuários hipertensos e diabéticos, programar um dia da semana para atendimento das doenças crônicas, com objetivo de ter um melhor acompanhamento. Alcançar que todo usuário portador destas doenças tenha os exames periódicos atualizados, realizar um registro de controle de incidência e prevalência da Hipertensão e Diabetes e realizar um cronograma de palestra sobre estas com incorporação de toda a equipe de

saúde, para que o trabalho se desenvolva com melhor qualidade, sempre pensando em o bem-estar dos usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde do usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis, Rio Grande do Sul.

- **Meta 1.1** Cadastrar 76% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- **Meta 1.2** Cadastrar 68% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis, Rio Grande do Sul.

- **Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- **Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- **Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- **Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- **Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- **Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos hipertensos e Diabéticos ao programa na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis, Rio Grande do Sul.

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações direcionado dos Hipertensos e Diabéticos na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis, Rio Grande do Sul.

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

Objetivo 5. Mapear os Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis, Rio Grande do Sul.

- **Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Realizar ações de promoção da saúde voltada aos Hipertensos e Diabéticos na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis, Rio Grande do Sul.

- **Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- **Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- **Meta 6.3** Garantir orientação em relação a prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários hipertensos.
- **Meta 6.4** Garantir orientação em relação a prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários diabéticos
- **Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- **Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- **Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- **Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, no Município de São Francisco de Assis no estado RS. Participaram do projeto os hipertensos e diabéticos, da área da unidade. As ações realizadas na intervenção foram baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro desses usuários na planilha de coleta de dados (Anexo A) será feito no momento da consulta, que servirá para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo B).

2.3.1 Detalhamento das ações

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

- Meta 1.1. Cadastrar 76% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Meta 1.2. Cadastrar 68% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

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.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários com HAS e/ou DM.
- Cadastrar todos os usuários com HAS e DM da área de cobertura da unidade.
- Elaborar ficha espelho individual dos usuários para registro e monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa.
- Elaborar planilha de usuários cadastrados na unidade para controle de inscritos no programa.
- Realizar reunião de equipe para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço**AÇÃO:**

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Criar planilha ou formulário de acompanhamento dos usuários cadastrados no HIPERDIA para registro das atividades realizadas por estes;
- A enfermeira e o médico da área deverão realizar semanalmente o controle do registro de dados dos usuários cadastrados;
- Envolver toda a equipe da UBS nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.
- Capacitar os funcionários da equipe para acolher adequadamente os usuários com HAS e DM.

- Para garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial será observado a data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade de acordo com o Inmetro, além de solicitado a gestão a reposição dos aparelhos danificados da unidade de saúde.
- Para garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste será solicitado à gestão a reposição do estoque da unidade de saúde.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Fixar na UBS cartazes e material orientativo a respeito da importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades desenvolvidas no programa;
- Orientar os mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e Diabetes;
- Realizar orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial e diabetes, junto aos usuários na sala de espera da UBS.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- O médico e a enfermeira da área deverão capacitar os ACS, a respeito da busca ativa periódica dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe não cadastrados;
- Nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste;
- O médico e a enfermeira deverão avaliar periodicamente a técnica de verificação da P.A. pelos técnicos de enfermagem.

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

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

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Revisão dos prontuários de atendimento dos hipertensos e diabéticos para avaliação da qualidade das consultas.
- Criação de fichas individuais que sirvam como guia para a realização de um exame clínico apropriado.

EIXO: Organização e gestão do serviço

AÇÃO:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- A enfermeira e o médico deverão realizar um exame clínico exaustivo para cada usuário.
- Garantir o material odontológico suficiente para a realização de procedimentos odontológicos.

EIXO: Engajamento público

AÇÃO:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Informar a comunidade sobre os riscos e as possíveis complicações das doenças cardiovasculares e neurológicas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nas pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
- Informar a comunidade sobre a importância do controle das doenças para a realização de procedimentos odontológicos.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- A médica e o enfermeiro capacitaram à equipe para a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos.
- A médica e o enfermeiro capacitaram à equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- A médica e o enfermeiro realizaram atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- A médica e o enfermeiro capacitaram à equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- A médica e o enfermeiro capacitaram à equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Capacitar aos ACS sobre a realização do exame clínico apropriado nos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar os ACS para na busca de aqueles que não estão tendo acompanhamento por a dentista.
- Capacitar toda a equipe para a orientação adequada sobre a saúde bucal.
- Avaliar nas reuniões de equipe sobre o número de hipertensos e diabéticos com exame físico apropriado.

Objetivo 3: Garantir a adesão do 100 % dos hipertensos e diabéticos.

- Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada;
 - Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de
- Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.**AÇÃO:**

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Revisão das fichas e prontuários clínicos para avaliação dos casos faltosos a consultas.
- Avaliação nas reuniões de equipe o total de consultas de hipertensos e diabéticos realizadas na unidade semanalmente.
- Avaliação nas reuniões de equipe o total de visitas domiciliares realizadas por os ACS semanalmente.

EIXO: Organização e gestão do serviço**AÇÃO**

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Orientar aos ACS realizar visitas domiciliares em busca de usuários faltos.
- Agendamento de consultas de usuários faltosos.

EIXO: Engajamento público**AÇÃO:**

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Realizar reuniões nas comunidades para orientar importância dos controles nas unidades de saúde.
- Involucrar toda a comunidade em estratégias que permitam a adesão dos hipertensos e diabéticos aos controles na unidade básica de saúde.
- Identificação na comunidade de promotores de saúde que ajudem no controle dos hipertensos e diabéticos faltosos.

EIXO: Qualificação da prática clínica.**AÇÃO:**

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Identificação na comunidade de promotores de saúde que ajudem no controle dos hipertensos e diabéticos faltosos.
- Capacitar aos ACS sobre os protocolos de atendimentos no programa HIPERDIA.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- A enfermeira revisará semanalmente os registros de hipertensos e diabéticos para avaliar sua qualidade para obter um melhor controle.
- Melhorar esquema de registro tendo em conta idade e doença.
- Discutir nas reuniões da equipe a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos.

EIXO: Organização e gestão do serviço:

AÇÃO:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar as fichas de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos.

- Pactuar com a equipe o registro de informações dos hipertensos e diabéticos.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos hipertensos e diabéticos.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação das doenças.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Em cada consulta de acompanhamento a médica e enfermeira atualizarão os dados dos usuários nos prontuários.
- Serão preenchidas as fichas de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos.
- A enfermeira e a médica da UBS são os responsáveis pelo monitoramento do registro.

EIXO: Engajamento público

AÇÃO:

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Nas consultas informar aos usuários sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Nas reuniões da equipe o médico e a enfermeira deverão realizar capacitações para aos outros funcionários da equipe sobre o registro adequado das informações

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

- **Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**EIXO: Monitoramento e avaliação.****AÇÃO:**

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Revisar trimestral os prontuários individuais para monitorar o numero de usuários hipertensos e diabéticos com realização de estratificação de risco.

EIXO: Organização e gestão do serviço**AÇÃO**

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Agendamento de consultas com priorização seguem os riscos apresentado.

EIXO: Engajamento público**AÇÃO:**

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Realização de palestras na unidade e comunidade sobre os fatores de riscos, necessidade de acompanhamento regular e outros temas relacionados com estas doenças.

EIXO: Qualificação da prática clínica.**AÇÃO:**

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Capacitação nas reuniões de equipe semanais sobre controle de fatores de risco modificáveis, estratificação de risco e registro.

Objetivo 6: Proporcionar uma adequada promoção de saúde para hipertensos e diabéticos.

- **Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- **Meta 6.2** Garantir orientação em relação a prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.
- **Meta 6.3** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.
- **Meta 6.4** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**EIXO: Monitoramento e avaliação.****AÇÃO:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientações sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Revisão das fichas para o levantamento do número de usuários com orientação sobre higiene bucal.
- - Debater nas reuniões de equipe aquelas atividades de orientação sobre

higiene bucal desenvolvidas na semana.

- Elaborar ficha para registro e monitoramento das ações de promoção da saúde bucal que são desenvolvidas pela equipe.

EIXO: Organização e gestão do serviço

AÇÃO:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Criar planilha ou formulário para o registro das atividades de orientação da saúde bucal realizadas na unidade.
- Envolver toda a equipe da UBS nas ações voltadas as orientação da saúde bucal.
- O dentista orientar e capacitar todos os membros da equipe para a orientação da saúde bucal.
- Avaliar a necessidade de materiais odontológicos que permitam a realização de ações de promoção de saúde, para a gestão e solicitação, garantindo a realização dessas atividades com qualidade.

EIXO: Engajamento público

AÇÃO:

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- Fixar na UBS cartazes e material de orientação a respeito da importância da higiene bucal.
- Efetuar na UBS palestras com hipertensos e diabéticos e familiares sobre hábitos e costumes que impedem uma adequada saúde bucal.
- Realizar na UBS encontros com hipertensos, diabéticos e familiares sobre hábitos alimentares para uma adequada saúde.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- O dentista da unidade deverá capacitar os ACS, sobre importância de oferecer orientações de higiene bucal.
- Realização de capacitação por meio do dentista e auxiliar de dentista aos

funcionários da equipe para garantir uma adequada saúde bucal.

- Nas reuniões semanais de equipe o dentista e auxiliar deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe para garantir uma adequada orientação sobre higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Indicadores referentes ao objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 76% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 68% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Indicadores referentes ao 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.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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.

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.

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.

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

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.

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.

Indicadores referentes ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

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

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

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.

Indicador referente ao 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.

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.

Indicador referente ao 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.

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.

Indicador referente ao 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

Adoção do protocolo e ficha espelho e para realizar a intervenção no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Vamos adotar o Manual Técnico de Atenção aos hipertenso e diabéticos do Ministério da Saúde 2013, utilizando os prontuários clínicos, registro de hiperdia, registro de atendimento individual da unidade para a coleta de dados, para poder coletar todos os indicadores necessários do monitoramento de intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar também. Faremos contato com gestor municipal para obter o material necessário para o estudo, para dispor das fichas complementares que serão anexadas as fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será realizada a planilha eletrônica de dados.

Para realizar avaliação de aumento da cobertura para 76% de hipertensos e 68% de diabéticos aproximadamente utilizaremos como modelo o protocolo do ministério de saúde, estas atividades serão executadas pelos profissionais da equipe responsável desta tarefa, nas consultas médicas ou visitas domiciliares com objetivo de aumentar o cadastramento destes usuários com previa capacitação dos mesmos nas reuniões da equipe semanal.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisara o livro de registro identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que viram a consulta de medicina geral nos últimos 3 meses. A profissional localizara os prontuários destes usuários e transcrevera todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consulta em atraso exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

A Análise Situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da ESS na reunião da equipe. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção aos hipertensos e diabéticos, para que toda e equipe utilizem esta referência na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrera na própria ESF, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe. Cada membro da equipe estudara uma parte do manual técnico e exporá o contendo aos outros membros.

Será realizado pela nossa equipe o rastreamento e o cadastramento dos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes, após a capacitação, como foi abordado anteriormente. Ação que será realizada mediante a pesquisa ativa (visitas aos domicílios) e pesquisa passiva (durante as consultas).

Para aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos utilizaremos como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, como foi expresso anteriormente. As avaliações que serão feitas pelos profissionais da equipe nas consultas médicas e visitas domiciliares serão com o objetivo de aumentar o cadastramento desses usuários, com uma previa capacitação dos mesmos nas reuniões da equipe realizadas semanalmente. O médico e enfermeira serão os responsáveis das capacitações, garantindo assim um futuro trabalho de qualidade.

Outras ações a serem realizadas para atingir a meta de 100% na qualidade do atendimento são: garantir a estratificação de risco cardiovascular, assim como a orientação nutricional sobre alimentação saudável aos usuários hipertensos e diabéticos, orientação em relação a prática regular de atividades físicas, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos e diabéticos. Estas atividades estão previstas para serem realizadas durante os atendimentos, assim como também em encontros presenciais com grupos de hipertensos e diabéticos, onde o médico e o enfermeiro serão os principais responsáveis, além dos ACS que participarão na orientação sobre educação em saúde. Para isso serão solicitados materiais como folders informativos, materiais ilustrativos (como pirâmide alimentar e cartaz), os quais serão solicitados ao gestor municipal.

Além disso, será realizada avaliação da saúde bucal em 100% dos indivíduos, verificando a necessidade de atendimento odontológico aos hipertensos e diabéticos. Em cada consulta e visita domiciliar realizada pelo médico, enfermeiro e ACS, se coletará os dados dos indivíduos com atendimentos odontológicos no último ano.

Outra ação que será desenvolvida é a busca ativa de 100% dos usuários faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada, mantendo também 100% de acompanhamento das fichas dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Para isso serão utilizadas 4 horas semanais para a realização de visitas domiciliares pelo médico e enfermeiro onde os casos faltosos serão agendados para novas consultas. Manter 100% das fichas atualizadas também constitui outra das ações a

ser desenvolvido, semanalmente o enfermeiro examinara as fichas espelhos dos usuários hipertensos e diabéticos identificando aqueles com atraso a consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacina, para agendarem uma consulta e atualizá-los. Al final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

O acolhimento aos usuários será feito por qualquer membro da equipe ao chegar à unidade, logo passaram pela triagem de enfermagem, os que apresentem algum problema agudo serão atendidos na mesma hora e os com problemas não agudos serão agendados para outro dia da semana, deixaremos reservadas 04 consultas por semanas para os hipertensos e diabéticos que cheguem de forma passiva em consultas para realizar o cadastramento por nossa equipe.

A comunidade também tem um desempenho importante em nossa intervenção, portanto faremos contato com a associação de moradores e representantes da comunidade, colégios e demais instituições parceiras da nossa área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância dos controles das pessoas cadastradas no programa HIPERDIA, assim como a importância do acompanhamento regular. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de conscientizar a população em assistir as consultas agendadas e necessidade de priorização dos atendimentos deste grupo populacional.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

- **Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão e Diabetes.**

Como primeira atividade para o começo da intervenção foi realizada a capacitação dos profissionais da ESF sobre o protocolo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Foi aproveitada a reunião de equipe realizada quarta feira no salão da ESF, nesta participaram os dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, cinco ACS, o dentista e sua assistente e eu como médica da família. Os principais temas abordados foram: Acolhimento e cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, realização da avaliação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos, medidas de controle dos fatores de riscos e possíveis modificações, importância do agendamento das consultas, registro adequado das informações, busca ativa de usuários faltosos, entre outros temas de interesses.

As ACS quedaram muito entusiasmadas com as novas informações, solicitando-lhe o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos. Esta ação foi cumprida integralmente.

- **Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.**

Durante a reunião da equipe da primeira semana de intervenção foi apresentado para cada membro da equipe sua responsabilidade para o cumprimento das atividades planejadas no cronograma da intervenção. Esse espaço foi de vital importância para fazer troca de ideias, sempre com objetivo de melhorar a atenção básica dos usuários. A equipe ficou motivada e acharam muito interessante o trabalho, além que vai ser um sucesso o projeto para a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade. Cada membro da equipe conhece sua

função, iniciando pela recepcionista no acolhimento e informação dos usuários hipertensos e diabéticos e a demanda espontânea q deverá acontecer.

A equipe toda trabalhou intensamente para chegar à população alvo, principalmente os agentes comunitários e enfermeiros, fazendo convites, colocando cartelas, pegáveis e acondicionando o local, assim como a preparação das informações que se dariam a conhecer com linguagem acessível para todas as pessoas presentes. Esta ação foi cumprida integralmente.

- **Cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa.**

Os ACS trabalharam intensamente em o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. Além do cadastramento interagem de forma ativa com a população. Devo parabenizar o bom trabalho dos agentes comunitários que expenderam a informação com muita motivação, servindo de muita ajuda, porque diariamente receberam usuários na ESF perguntando informação ao respeito, além da ajuda dos líderes formais da comunidade. Esta ação foi cumprida integralmente.

- **Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática na hipertensão arterial e diabetes milites solicitando apoio para o cadastramento e demais estratégias que serão implementadas.**

Foram várias semanas de muito trabalho. Nas semanas 1, 4, 8 e 14 tivemos contato com as lideranças comunitárias e muitos usuários hipertensos e diabéticos, para falar sobre a importância da ação programática e solicitando apoio para as estratégias que serão implementadas. Atividade que foram realizadas no salão de nossa unidade, por meio do enfermeiro e a doutora. Explicamos também o projeto e que esperávamos obter com a intervenção. Os líderes se mostraram muito prestativos e ofereceram ajuda para o que nós precisássemos, achamos que foram de boa ajuda e boa aceitação em os usuários, assim o trabalho foi mais fácil. Esta ação foi cumprida integralmente.

- **Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos.**

Durante estas semanas de trabalho o objetivo fundamental do projeto foram os atendimentos aos hipertensos e diabéticos por consultas médicas e com o

dentista. De forma geral foram atendidos 32 usuários hipertensos e 9 diabéticos por semana, em algumas tivemos usuários faltosos, mas foram recuperados a grande parte.

- **Interação com grupo de hipertensos e diabéticos.**

Durante estas semanas de trabalho tivemos várias interações com grupo de hipertensos e diabéticos, atividade de muita importância, que nos ajudou muito para a assistência dos usuários a consulta. Esta atividade foi cumprida parcialmente, porque, por exemplo, na semana 3 que estivemos em carnaval esta atividade não foi desenvolvida.

- **Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos faltosos.**

Os agentes comunitários desde o início da intervenção estiverem constantemente na busca ativa de usuários faltosos. Esta atividade foi cumprida integralmente.

- **Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosa às consultas**

Durante todas as semanas de intervenção se realizaram a busca ativa de usuários faltosos a consulta. Ação cumprida integralmente.

- **Monitoramento da intervenção**

Durante todo o período da intervenção se realizaram o monitoramento da intervenção. Atividade desenvolvida integralmente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Com relação ao cronograma a ordem foi respeitada e seguida dentro dos prazos. Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, umas com mais facilidade que outras.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Nossa equipe não teve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, já que toda a equipe trabalhou com base no preenchimento das fichas espelho mediante o treinamento, cada um desenvolveu seu trabalho assinado.

A maioria dos indicadores teve êxito, pois a cobertura de hipertensos e diabéticos foi maior do esperado, pois a meta foi traçada tendo em conta a quantidade de usuários registrados no programa de hiperdia nesse momento o que demonstra uma vez mais o sub-registro que existia. A proporção de usuários com exame clínico em dia também foi aumentando e a busca de faltosos foi feita a todos. A proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento de fato é um êxito, pois não só porque na planilha foi em aumento, mas sim porque as consultas resultam mais fácil agora. De forma geral os indicadores de qualidade estão muito bem, 100 % dos usuários incorporados no programa receberam orientações sobre atividade física, alimentação saudável, riscos do tabagismo e higiene bucal.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa equipe trabalhou todo o tempo em união, por isso as ações planejadas foram cumpridas. Incorporou-se à rotina da unidade o preenchimento da ficha espelho com as consultas de seguimento e as necessidades de medicamentos dos usuários, priorizando a indicação daqueles que tem a farmácia de hiperdia. Mesmo que tenhamos finalizado a coleta de dados para o TCC, nossa intervenção não terminou e buscaremos atingir 100% de usuários hipertensos e diabéticos, continuaremos com as mesmas ações para que possamos manter uma boa qualidade aos usuários hipertensos e diabéticos, sempre pelo bem-estar dos usuários.

Dentre os aspectos que melhoramos e daremos continuidade é que já contamos com o livro de registro dos hipertensos e diabéticos para o uso do pessoal autorizado.

Sem dúvida o projeto de intervenção tem sido o motor impulsor para uma série de ações que vão a continuar desenvolvendo-se na unidade com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na nossa Estratégia Saúde da Família Bairro Italiana Dr Fábio Telles Tourem, município São Francisco de Assis, estado Rio Grande do Sul teve como objetivo geral melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

A população total da área de abrangência da ESF é 5996, que segundo o Caderno de Ações Programáticas tem um total estimado de 1340 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, desses 495 estavam cadastrados e acompanhados pela unidade antes da intervenção, o que representa uma cobertura de 37% de hipertensos. Já a estimativa de diabéticos residentes na área é de 383, dos quais 105 estavam cadastrados e em acompanhamento na unidade, um total de 27% de cobertura em relação a população total. Dessa forma, a baixa cobertura motivou realização do projeto de intervenção.

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

Meta 1.1: Cadastrar 76% 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 68% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Depois de 4 meses de muito trabalho podemos dizer que a intervenção foi um êxito e que o primeiro objetivo foi cumprido. No primeiro mês foram cadastrados e começaram o acompanhamento apenas 97 hipertensos, o que representa 7,2% de cobertura e 28 diabéticos, chegando a 7,3% de cobertura do total estimado para a área de abrangência. Acredito que foi uma porcentagem baixa, mas foi o início da intervenção onde ainda nem toda a população tinham informações a respeito. No

segundo mês chegamos a 223 hipertensos, um total de 16,6% e 65 diabéticos, que representa 17,0% de cobertura cadastrada e acompanhada adequadamente. No terceiro mês chegamos a um total de 330 hipertensos, 24,6% e 96 diabético, 25,1% cadastrados e acompanhados durante a intervenção. No último mês da intervenção, chegamos a somar 475 hipertensos, um total de 35,4% e 140 diabéticos, representando 36,6% de cobertura. Podemos observar nos gráficos abaixo essa evolução da cobertura:

Resultados que podemos mostrar na figura 01 e 02:

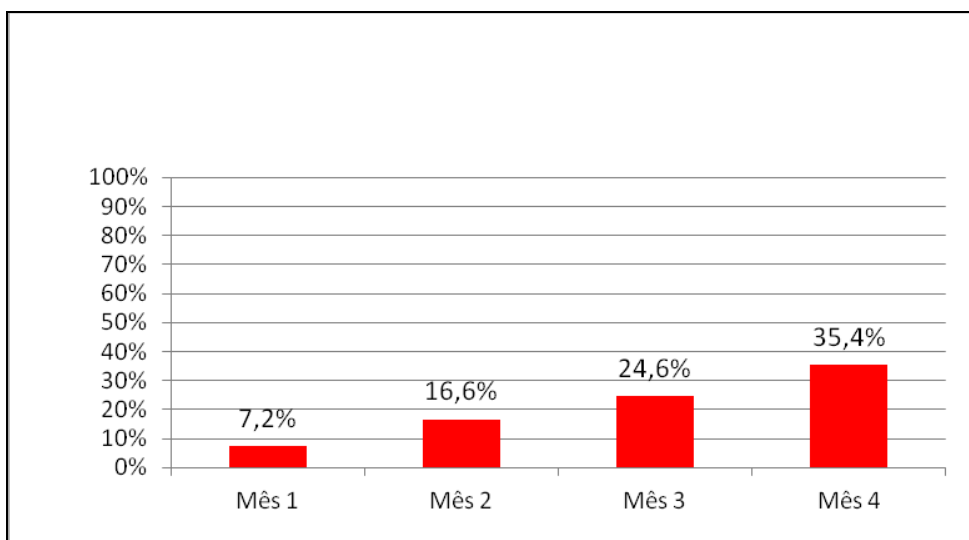


Figura 1. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/RS, 2015.

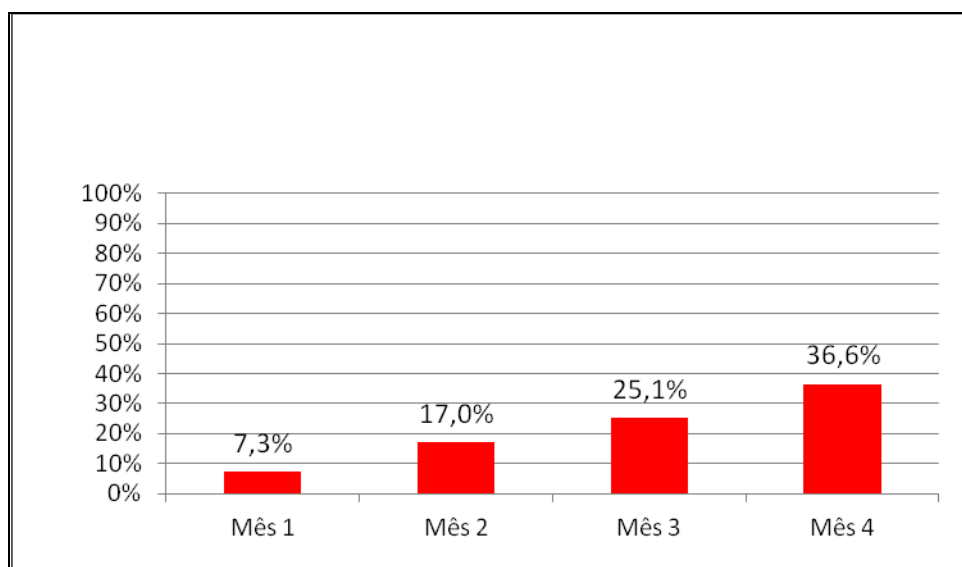


Figura 2. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/RS, 2015.

Não alcançamos a meta de cobertura de 76% de usuários hipertensos e 68% de diabéticos, foi consideravelmente impactante a cobertura atingida, levando em consideração o curto tempo da intervenção para alcançar a meta de cobertura. Os indicadores de cobertura não subiram muito, mas o de qualidade sim, o tempo foi muito curto, mas fizeram todo o esforço e vão a dar continuidade ao trabalho. Acredito que a melhora da proporção se deu principalmente pela implantação do sistema de monitoramento e avaliação dos resultados. Foram muitas semanas de intenso trabalho, mas com muita união da equipe, o que ajudou o bom desenvolvimento da intervenção. A equipe toda fica muito surpreendida com os ganhos obtidos, não esperavam estes resultados, na unidade nunca havia desenvolvido uma intervenção dessa magnitude. Parabéns o bom trabalho dos agentes comunitários que expandiram a informação com muita motivação, servindo de muita ajuda, porque a diária recebíamos usuários no posto perguntando informação ao respeito.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos também foi objetivo de nossa intervenção. As primeiras atividades para dar cumprimento a este objetivo foram realizadas capacitações dos profissionais da ESF sobre o protocolo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos e a realização de exame clínico apropriado. Também foram abordados temas importantes como: acolhimento adequado dos usuários hipertensos e diabéticos, realização da avaliação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos, medidas de controle dos fatores de riscos e possíveis modificações, importância do agendamento das consultas, registro adequado das informações, atualização no tratamento, busca ativa de usuários faltosos, solicitação de exames complementares, entre outros temas de interesse.

Durante estas semanas de trabalho em cada consulta médica realizamos 100% de exame clínico aos hipertensos e diabéticos, apropriado de acordo com o protocolo, foi o indicador que garantiu a qualidade da atenção para cada usuário. Outro indicador que nos permitiu avaliar a qualidade na atenção nesse grupo populacional foi à proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com os protocolos, na qual obtemos 100% na realização dos exames solicitados. Acredito que o cumprimento desse indicador esteja influenciado, graças ao trabalho de monitoramento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde. Aproveitando as visitas domiciliares para a verificação e confirmação de sua realização. Faço elogio para todos eles que fizeram ser possível que todos os usuários atendidos fizessem-se responsáveis na realização dos exames solicitados durante os atendimentos.

Graças ao apoio do gestor municipal de saúde, em nossos encontros, se tratou o tema referente à disponibilidade dos medicamentos pertencentes à farmácia popular, garantimos que a prescrição dos medicamentos para os usuários necessitados de medicação fossem da farmácia popular/HIPERDIA. Sendo prescrito para 100% de todos Hipertensos e Diabéticos participantes da intervenção.

Além das consultas médicos se programou as consultas odontológicas dos hipertensos e diabéticos no mesmo horário, aproveitando os agendamentos das consultas médicas para uma avaliação também pela dentista, sendo todos avaliados, recebendo também orientações odontológicas, nenhum deles mostraram insatisfação. Antes a realização dos atendimentos pela dentista foi verificada pelo enfermeiro a pressão para cada usuário assim como a realização do teste de glicose rápido nos diabéticos.

Dessa forma, a meta de qualidade para esses aspectos foram todas alcançadas em todos os meses, proporção de 100% de hipertensos e diabéticos com exame clínico e exame complementar em dia, prescrição de medicamentos conforme a farmácia popular e avaliação da necessidade de atendimento odontológico, em todos os meses da intervenção.

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

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

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

Durante estas semanas de trabalho os agentes comunitários em nas visitas domiciliares tralharam muito busca dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta de nossa área de abrangência, além da divulgação de todas as atividades planejadas pela equipe e orientação de quanto devem voltar a consulta, situação que favorece o trabalho. Sem dúvida alguma a integração de toda a equipe nos ajudou a alcançar o objetivo, mantendo a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa em 100%, durante os quatro meses de intervenção.

Volto a parabenizar o bom trabalho dos agentes comunitários que expandem a informação com muita motivação, servindo de muita ajuda, porque diariamente recebemos usuários no posto perguntando informação a respeito. É importante ressaltar que a união faz a força.

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.

Durante todo o tempo da intervenção contamos com quantidade suficiente de fichas espelho para cada usuário que foi atendido na UBS, sendo isso de vital e significativa importância na evolução do projeto. Foram realizados o adequado preenchimento das fichas-espelhos para o melhoramento do acompanhamento. Em cada consulta realizada foi disponibilizada as fichas-espelhos. Apesar término do projeto, continuaremos trabalhando com estas fichas para um melhor controle dos

usuários, sempre para o bem da população. Temos que agradecer ao apoio do gestor municipal, que brindou sua ajuda em todas as questões referentes, que permitiram por em prática nosso projeto de intervenção. Dessa forma, os registros foram realizados adequadamente, alcançando 100% de registros adequados durante todos os meses.

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

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

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

Durante as semanas de trabalho o objetivo fundamental do projeto foram os atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos com adequada realização da estratificação do risco cardiovascular a todos os usuários cadastrados, de forma que tenham uma vida mais saudável, com menos complicações cardiovasculares que são tão frequentes nessas doenças, que de forma geral tem sequelas devastadoras e irreversíveis. Posso dizer que prevenir é curar. A equipe foi capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de framingham ou de lesões em órgãos alvo e priorizamos os atendimentos dos usuários avaliados como de alto risco. Assim, mantemos a 100% da proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular em todos os meses durante a intervenção (de todos nenhuns apresentaram alto risco cardiovascular).

Durante essas semanas de trabalho além das consultas médicos se programou as consultas odontológicas dos usuários hipertensos e diabéticos no mesmo horário, aproveitando os agendamentos das consultas médicas para uma avaliação também pelo dentista, sendo todos avaliados, recebendo também orientações odontológicas, nenhum deles mostraram insatisfação.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Também a equipe foi capacitada para oferecer orientações de higiene bucal, tabagismo, alimentação saudável, prática de atividade física regular. A base da atenção básica de saúde está na promoção e prevenção de saúde para assim evitar riscos de complicações que podem prevê níveis, por isso se realizaram palestras no posto e comunidade, sala de espera, interação com os grupos de hipertensos e diabéticos entre outras atividades educativas, mantendo uma proporção de 100% de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável e sobre prática de atividade física regular durante todos os meses. Esta meta foi atingida pela qualidade da intervenção e atenção dos profissionais no momento da abordagem para contemplar todos os aspectos relativos à promoção e prevenção em saúde.

Os aspectos trabalhados na intervenção abordaram elementos que contribuíram tanto para equipe quanto para comunidade. A equipe teve capacitação profissional sobre o assunto, os profissionais tiveram que se comunicar se unir, e prestar atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, com olhar integral acolhendo a todos. Em contrapartida, a comunidade teve profissionais mais capacitados no atendimento, mais acolhedores e a saúde dos hipertensos e diabéticos mais valorizados no meio.

4.2 Discussão

Podemos dizer com propriedade que o projeto de intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos na área de abrangência da unidade foi um êxito. Pois, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e

diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

Foram muitas semanas de trabalho e sacrifício, mantendo todas as atividades planejadas desenvolvidas pela equipe, como os atendimentos por demandas espontâneas. A equipe toda ficou muito surpreendida com os avanços obtidos, não esperavam estes resultados, na unidade nunca havia desenvolvido uma intervenção dessa magnitude. Todos os agentes comunitários estão de parabéns pelo bom trabalho, assim como a equipe toda que trabalhou em união desde o início, demonstrando que na união esta a força.

A intervenção realizada foi importante para a equipe, pois possibilitou a equipe aprender a trabalhar em união para o bem da população, sendo nosso maior objetivo melhorar a situação de saúde destes usuários. Além disso, foi o momento que serviu para capacitar a equipe sobre os protocolos de atendimentos dos hipertensos e diabéticos, assim como, as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes.

Antes da intervenção os atendimentos aos hipertensos e diabéticos eram realizados mais pela médica, depois da intervenção as atividades a esses usuários são realizadas de forma programática também pelo dentista, enfermagem, ACS, técnico de saúde bucal e pessoal da recepção.

Cada membro da equipe passou a conhecer verdadeiramente suas atribuições, o bom acolhimento realizado pela recepcionista e técnica de enfermagem, assim como aferição da pressão, aferição de temperatura, cumprimentos dos usuários, realização de teste rápido de glicose para usuário diabético; acolhimento e cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos, com o registro das informações e entrega dos exames pelo enfermeiro; os médicos responsáveis pelos atendimentos clínicos, solicitação de exames de rastreamento, tratamento e orientações sobre condutas de saúde; o dentista e auxiliar de saúde bucal responsável também pelos atendimentos clínicos e orientações sobre saúde bucal; a realização do cadastramento, verificação no cumprimento das ações solicitadas em consultas, assim como a busca ativa dos usuários faltosos pelos ACS; e o administrador, providenciar materiais e insumos necessários para a realização de cada atividade a ser realizada.

Isso acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como o contato da equipe com a comunidade mediante os encontros com grupos de hipertensos e diabéticos, para o conhecimento das dúvidas e opiniões referentes com a intervenção.

A intervenção também foi muito importante para a organização do serviço, possibilitando a melhoria dos registros e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos, que viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Assim como a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos foi qualificada e tornou-se um facilitador para apoiar a priorização do atendimento desses usuários.

A maior conquista para nós foi que os hipertensos e diabéticos demonstraram grande satisfação com os atendimentos e com os ganhos da intervenção. No começo da intervenção, quando ainda não estava bem esclarecida a nossa proposta da intervenção comunidade estava um pouco imusúario e desesperada, sobre tudo, durante os atendimentos, pelo fluxo de usuários aguardando para serem atendidos. Mas depois que a comunidade foi entendendo todo nosso objetivo percebeu a importância da intervenção e foi também participativa no cumprimento das atividades.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACS para as demais micro áreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de câncer de colo de útero e mama na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção realizada para melhoria do acompanhamento de hipertensos e diabéticos foi possibilitada pelo curso de especialização em saúde da família da UFPEL/UNASUS, o qual a médica era estudante. Esta intervenção teve a duração de quatro meses (fevereiro-junho), a população alva do trabalho foram os usuários hipertensos e diabéticos da área da abrangência.

O objetivo geral foi melhorar a atenção á saúde dos hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família do Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/ RS. Os objetivos do projeto foram cumpridos, chegando a atingir a 475 usuários hipertensos (35,4%) e 140 diabéticos (36,6%) respectivamente. Foi consideravelmente impactante a cobertura atingida, levando em consideração o curto tempo da intervenção para cumprir e alcançar a meta de cobertura, que inicialmente foi de 76% de hipertensos e 68% de diabéticos.

Para a realização de nossa intervenção nos auxiliamos no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a) e livro de registros dos usuários hipertensos e diabéticos. Durante quatro meses nossa equipe teve dedicada no verdadeiro trabalho em equipe, para cumprir os objetivos da intervenção. Foram experiências novas para todos nos, já que não se acreditava na possibilidade de ter os resultados obtidos. Desde o inicio trazíamos um cronograma de atividades, que nos permitisse organização no trabalho. Cumprindo com todas as ações propostas. Fato este que demonstra que com organização se pode alcançar grandes resultados. Ressaltando o importante apoio oferecido pela secretaria de saúde, especialmente o nosso gestor de saúde.

Todas as ações propostas para a melhora da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos foram cumpridas através de capacitação dos profissionais da equipe, com o estabelecimento do papel de todos na ação programática, cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos busca ativa de usuários faltosos, atendimento clínico, interação com os grupos de hipertensos e diabéticos, monitoramento e avaliação, entre outras. As metas de qualidade foram todas cumpridas.

A tentativa de fortalecer o trabalho em equipe e a educação permanente também foi um aspecto muito relevante que a intervenção trouxe. Uma grande vitória foi conseguir reunir a equipe e fazer com que todos fizessem parte da intervenção como agentes promotores da ação e trabalhassem verdadeiramente como uma equipe e não como profissionais individualizados no contexto e o cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Intervenções como esta são importantes na medida em que promovem a organização do trabalho e sistematização dos registros, permitindo assim o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde. Por isso consideramos importante que a gestão possa incentivar outras unidades de saúde de nosso município, para obter melhorias nos serviços, consideramos importante que ditas ações entrem formar parte da rotina do serviço, melhorando a qualidade de vida da população de São Francisco de Assis – RS. Além da implementação de novas ações programática no programa câncer de colo de útero e mama, para melhorar a qualidade no serviço na Unidade Básica de Saúde (UBS), trazendo melhoras na saúde da população assisense. Nossa equipe esta disposta a apresentar nosso trabalho, mostrando nossos resultados, para assim incentivar outras unidades a realização de projetos de intervenção nas comunidades.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Ao longo de quatro meses a equipe de saúde desenvolveu uma intervenção de saúde dirigida aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência com o objetivo de melhorar a atenção á saúde de estes usuários. Esta intervenção foi possibilitada pelo curso de especialização em saúde da família da UFPEL/UNASUS, o qual a médica era estudante. O alvo foi os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de atuação. O principal objetivo foi melhorar a atenção á saúde dos hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família Bairro Italiano Dr Fábio Telles Tourem, São Francisco de Assis/ RS. Para iniciar nossa intervenção criamos um cronograma para uma melhor organização de nossas atividades de saúde. Onde foram cumpridas todas as ações planejadas.

Para isso acontecer os profissionais da Unidade Básica foram capacitados segundo as normas e procedimentos do Ministério da Saúde. Todos estavam preparados para acolher os usuários hipertensos e diabéticos. Finalmente foram atendidos 475 hipertensos para um 35,4% e 140 diabéticos para 36,6% respectivamente. Além de melhorar a qualidade dos atendimentos aos Hipertensos e Diabéticos, melhorar a adesão através da busca ativa de usuários faltosos á consultas, melhorar o registro das informações, pesquisa dos Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular, e a realização de ações de promoção da saúde voltada a esse grupo populacional.

Mesmo assim ainda tem trabalho para fazer e conforme passe o tempo continuaremos com as mesmas atividades realizadas durante o período da intervenção.

As agentes comunitárias de saúde foram as profissionais mais engajadas na intervenção quanto à orientação das medidas de promoção e prevenção da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. A principal vantagem da comunidade é que os profissionais estão capacitados para atendê-los e todos serão atendidos de modo acolhedor visando à integralidade da pessoa. Temos que ressaltar seu apoio em cada uma das ações desenvolvidas, já que durante cada um dos encontros sempre mostraram seu entusiasmo com a intervenção participando e colaborando em todas as das atividades, principalmente os dias de interação com os grupos de hipertensos e diabéticos. Desde o início conheceram as propostas de nossa intervenção e cada uma das ações a serem desenvolvidas. Sendo incentivo para que os hipertensos e diabéticos assistissem as atividades planejadas. Por isso é meritório os elogios, o grande apoio que nossa equipe teve com a comunidade durante estes quatro meses de intervenção foi importantíssimo. E muitos dos resultados obtidos são também graças ao trabalho da comunidade com os grupos de hipertensos e diabéticos, além da ajuda prestada pelos líderes formais. Apesar de ver terminado o projeto se dará continuidade as mesmas atividades realizadas durante a intervenção e as lideranças estão dispostas a colaborar e continuar apoiando em as atividades planejadas pela equipe, porque o mais importante é o bem-estar da população, por isso desenvolvemos atividades de promoção e prevenção e saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Com relação ao curso posso afirmar que ao início foi difícil devido ao idioma, mas com empenho e dedicação tudo saiu muito bem e aprendi muito. Por mais que fosse cansativo se tornava interessante, pois nunca é demais um momento de estudo e reflexão e os assuntos eram todos cotidianos do trabalho na saúde coletiva.

Foi importante no meu enriquecimento como profissional na área clínica. Já que nos permitiu manter-nos atualizados com todos os protocolos utilizados no Brasil, mediante a realização dos TQC, estudos da prática clínica, assim como com a solução dos casos clínicos fornecidos. Permitindo-nos a adoção de condutas adequadas diante da avaliação dos usuários atendidos no dia a dia. Quero ressaltar que realmente no início me senti muito preocupada, mas consegui prosseguir e vencer as barreiras, conseguindo envolver a equipe também no processo de aprendizagem.

Acredito que a realização da análise situacional, foi de vital importância para obter dados da população da área de abrangência, porque só assim conhecemos os principais problemas de saúde da população, para uma posterior intervenção.

Acho que o período de mais trabalho e mais cansativo foi durante a intervenção, mas com ajuda dos membros da equipe a intervenção foi um êxito.

Conheci muitas bibliografias que agora sei que posso utilizá-las durante o processo de trabalho. Não posso deixar de elogiar a orientação que foi fantástica, se não fosse a minha orientadora talvez tivesse desistido no meio do caminho porque estava achando impossível realizar algumas tarefas, mas com sua paciência e conhecimento tudo foi seguindo de maneira normal, sua ajuda foi incrível.

O mais importante da realização do projeto de intervenção foi que a equipe toda entendeu sua importância. O maior benefício foi para a população, que agora

recebe um melhor atendimento, com melhor qualidade. Além disso, serviu para que todos os membros da equipe trabalhassem como seguem os protocolos para doenças crônicas. Permitindo que ações de saúde semelhantes possam ser implementadas em outros grupos populacionais, com foco na melhoria da saúde e qualidade de vida. Permitiu-nos reconhecer que o análise situacional realizado, com ações programáticas sendo colocadas em prática com uma intervenção de saúde constituem uma verdadeira ferramenta no diagnostico de saúde da população.

Os registros, a ficha espelho, foram instrumentos importantes durante a realização da intervenção, foram bem utilizados, pois eram de fácil compreensão e preenchimento, além de facilitar a leitura e entendimento dos resultados posteriormente.

Foi de vital importância à realização das tarefas e as correções feitas pela orientadora, já que agora formam parte do TCC, facilitando o trabalho, estou muita agradecida pela sua ajuda, guia, orientação e paciência durante todo este tempo.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ATENCAO Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Sade, Departamento de ATENCAO Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

Abellám J. Alemám. Los novos factores de riesgo cardiovasculares. Hipertensão e Diabetes. Brasília 2013.

Cadernos de Atenção Básica número 19

Encuesta Nacional de Doenças Crônicas. Brasilia. 2012.

Lurbe E, TORRO. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Protocolos diagnóstico e terapêutico. Rio de Janeiro 2012.

Chavez. Domingo, Veja. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Fatores de riscos coronários na atenção do primeiro nível. Brasilia 2014.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia 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 residentes na área acompanhados na UBS	85	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes 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 residentes na área acompanhados na UBS	29	85	105	106
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes 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 residentes na área acompanhados na UBS	85	237	299	380



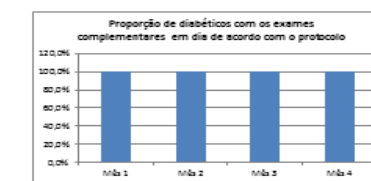
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área acompanhados na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

Anexo E – Ficha de Cadastramento

Departamento de
Medicina Social

UFPEL

FICHA DE CADASTRAMENTO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Nº. Prontuário: _____
Cartão SUS _____
Nome completo: _____
Data de nascimento: ___ / ___ / _____
Endereço: _____

Sexo: (a) Masculino (b) Feminino

Nacionalidade:

Situação conjugal:

(a) Solteiro (b) Casado (c) Divorciado (d) viúvo (e) outra

Nível escolar:

- (a) Ensino fundamental
- (b) Ensino médio
- (c) Ensino fundamental completo
- (d) Ensino médio Especial
- (e) Ensino fundamental especial
- (f) Ensino médio EJA
- (g) Ensino Fundamental EJA
- (h) Superior
- (i) Nenhum

Tem alguma deficiência?

(a) Sim (b) Não

Se sim, qual?

(a) Auditiva (b) visual (c) intelectual (d) física (e) outra

Sobre seu peso, você se considera:

(a) Abaixo do peso (b) Peso adequado (c) Acima do peso

Esta fumando?

(a) Sim (b) Não

Consome bebidas com álcool?

(a) Sim (b) Não

Teve AVC?

(a) Sim (b) Não

Teve infarto?

(a) Sim (b) Não

Tem doença do coração?

(a) Sim (b) Não

Se sim, qual?

(a) Insuficiência cardíaca (b) Outra (c) Não sabe

Anexo F – Estratificação do Risco Cardiovascular

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

No. Prontuário: _____
 Cartão SUS _____
 Nome completo: _____
 Data de nascimento: ___ / ___ / _____
 Endereço: _____
 Telefones de contato: _____

Riscos não modificáveis

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Idade > 55 anos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. Sexo Masculino | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

Riscos Modificáveis

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Tabagismo | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. Sedentarismo | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3. Obesidade | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4. Estresse | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5. Colesterol total > 3,5 mmol/l(> 135 mg/dl) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6. Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 7. Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 8. Uso de anticoncepcionais orais | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 9. Doenças vasculares | | |
| - Antecedentes de infartos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| - Antecedentes de anginas | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| - Antecedentes de AVC | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

Apêndice

Apêndice A – Fotos do Acompanhamento dos Usuários com Hipertensão e Diabetes da unidade de saúde Bairro Italianos, São Francisco de Assis, Rio Grande do Sul.



Palestra. Créditos: Laritza Cavali, recepcionista



Triagem de enfermagem. Créditos: por Laritza Cavali, recepcionista.



Triagem de enfermagem. Créditos: Laritza Cavali, recepcionista.



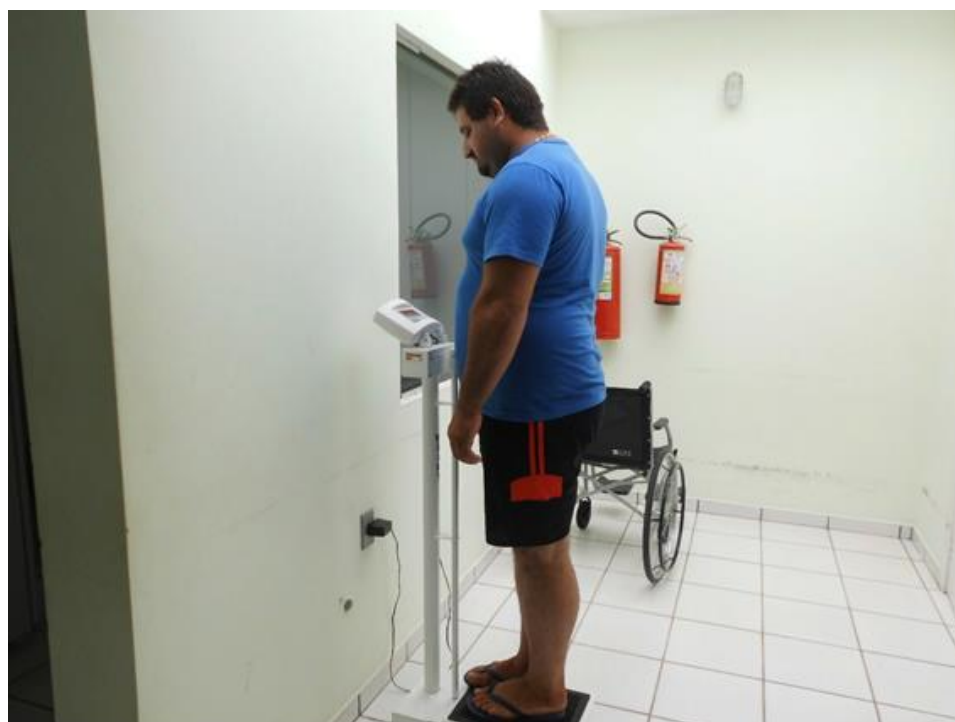
Consulta médica. Créditos: Laritza Cavali, recepcionista.



Avaliação nutricional. Créditos: Laritza Cavali, recepcionista.



Consulta médica. Créditos: Laritza Cavali, recepcionista.



Avaliação nutricional. Créditos: Laritza Cavali, recepcionista



Consulta médica. Créditos: Laritza Cavali, recepcionista