

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE DOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO E/OU DIABETES MELLITUS DA USF DE SÃO VALENTIM DO
SUL, SÃO VALENTIM DO SUL/RS**

Disney Fernandez Sardina

Pelotas, 2015

Disney Fernandez Sardina

**MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE DOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO E/OU DIABETES MELLITUS DA USF DE SÃO VALENTIM DO
SUL, SÃO VALENTIM DO SUL/RS**

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

Orientadora: Tâmara Vieira Santos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S244m Sardiña, Disney Fernandez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus da USF de São Valentim do Sul, São Valentim do Sul/RS / Disney Fernandez Sardiña; Tamara Vieira Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse Trabalho a minha família, pelo apoio incondicional que no dia a dia recebi deles, para assim poder continuar trabalhando neste grande país, contribuindo a melhorar os índices de saúde e qualidade de vida da população.

Agradecimentos

Agradeço à Secretária de Saúde do município de São Valentim do Sul, pela ajuda na execução deste projeto de intervenção, à Coordenadora da Unidade Básica de Saúde, à toda equipe de saúde, aos gestores. Em especial, a minha orientadora do curso Tâmara, pelo apoio incondicional oferecido neste período onde aprendi e compartilhei conhecimentos de grande importância para nossa profissão. Também, agradeço aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, que sem os quais teria sido impossível executar o projeto intervenção no contexto da prática.

Resumo

SARDINA, DisneyFernandez. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus da USF de São Valentim do Sul, São Valentim do Sul/RS.2015.92f.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação da intervenção realizada na UBS de São Valentim Do Sul, São Valentim do Sul/RS. A intervenção foi desenvolvida em 12 semanas, entre os meses de maio e julho de 2015. Teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou *Diabetes Mellitus (DM)*, sob orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos do Ministério da Saúde sobre HAS e DM 2013 e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas onde foram desenvolvidas ações nos quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica. Também traçamos objetivos e ações e metas para avaliação do risco cardiovascular, realização de exames clínicos e laboratoriais, orientações nutricionais, incentivo a prática de atividade física, reorganização dos registros, grupos de educação em saúde, palestras educativas com o intuito de orientar os usuários sobre os riscos do não cuidado com sua saúde, visitas domiciliares, busca ativa aos usuários faltosos, reuniões com líderes da comunidade, qualificações para os profissionais, além da divulgação na comunidade das ações realizadas na UBS. Para monitorar as ações foram utilizadas a Ficha-Espelho e a Planilha de Coleta de Dados disponibilizadas pelo Curso. Na área de abrangência da UBS temos uma população total de 2.168 pessoas, tendo estimado pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) que 484 sejam usuários com hipertensão e 138 com diabetes. Na UBS tínhamos a informação de 320 usuários com HAS e 50 com DM, porém não eram dados fidedignos e por isto optamos por trabalhar com o público alvo estimados do CAP. A intervenção realizada teve como resultado o cadastramento de 451 (93,2%) usuários hipertensos e 79 (57,2%) diabéticos, conseguimos elevar os indicadores de qualidade, através dos exames clínicos e complementares em dia, prescrição de medicamentos da farmácia popular, realização da estratificação de risco cardiovascular, orientações nutricionais e odontológicas, incentivo a prática da atividade física, orientações sobre os riscos do tabagismo e etilismo. Os resultados obtidos virão a nortear novos caminhos a serem seguidos assim por diante, melhorando a qualidade de vida não somente dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, mas de toda a população adstrita desta UBS. Resultados mostraram que os usuários antes da intervenção tinham distanciamento sobre o conhecimento da doença de base, o que fragilizava o processo do autocuidado. Com a intervenção, percebemos uma melhoria significativa, tanto no nível de conhecimento, como aplicação adequada na adoção de estilos de vida saudáveis, evitando os riscos e as complicações destas doenças.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da fachada da frente da UBS de São Valentim do Sul, São Valentim do Sul/RS	11
Figura 2	Fotografia da área urbana de São Valentim do Sul/RS	15
Figura 3	Fotografia de profissionais da UBS de São Valentim do Sul realizando exame para rastreamento de usuários portadores de HAS e/ou DM	56
Figura 4	Fotografia de profissionais da UBS de São Valentim do Sul realizando Visita domiciliar	57
Figura 5	Fotografia de profissionais da UBS de São Valentim do Sul fazendo atividades com Grupos de usuários hipertensos e diabéticos - estímulo a atividade física.	58
Figura 6	Fotografia de profissionais da UBS de São Valentim do Sul reunião de equipe.	58
Figura 7	Gráfico - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	62
Figura 8	Gráfico - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Valentim do Sul /RS. 2015.	63
Figura 9	Gráfico - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS de Valentim do Sul RS. 2015.	64
Figura 10	Gráfico - Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	65
Figura 11	Gráfico- Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS de Valentim do Sul /RS. 2015.	66
Figura 12	Gráfico-Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBSde Valentim do Sul/RS. 2015.	68
Figura 13	Gráfico-Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	69
Figura 14	Gráfico - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	70
Figura 15	Gráfico - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	71
Figura 16	Gráfico - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBSde Valentim do Sul/RS. 2015.	72
Figura 17	Gráfico - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	72
Figura 18	Gráfico - Proporção de hipertensos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	73

Figura 19	Gráfico - Proporção de diabéticos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	74
Figura 20	Gráfico - Proporção de hipertensos com orientações de saúde bucal na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	76
Figura 21	Gráfico - Proporção de diabéticos com orientações de saúde bucal na UBS de Valentim do Sul/RS. 2015.	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CMS –	Centro Municipal de Saúde
DCNT-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM –	Diabetes Mellitus
EaD -	Educação a Distância
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RS -	Rio Grande do Sul
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1	Análise Situacional	11
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2	Relatório da Análise Situacional	15
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.....	25
2.3.1	Detalhamento das ações	26
2.3.2	Indicadores.....	45
2.3.3	Logística.....	51
2.3.4	Cronograma	54
3	Relatório da Intervenção.....	55
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	55
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	59
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	59
4	Avaliação da intervenção.....	60
4.1	Resultados	60
4.2	Discussão.....	76
5	Relatório da intervenção para gestores.....	79
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	82
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	84
	Anexos.....	86
	Anexo A - Documento do comitê de ética	87
	Anexo B- Planilha de coleta de dados.....	88
	Anexo C-Ficha espelho	90
	Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	92

Apresentação

Este trabalho de intervenção trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso da Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). As ações foram realizadas na Unidade Básica de Saúde Valentim do Sul, no município de Valentim do Sul/RS, com o objetivo de contribuir com a melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados na área de abrangência.

Na primeira etapa do projeto consta a Análise Situacional do serviço de saúde em relação à estrutura física da UBS, processo de trabalho e território de atuação. Na segunda etapa, consta a Análise Estratégica, onde foi justificada a escolha da população-alvo, propomos os objetivos e as metas, fizemos o detalhamento das ações, foram analisados os indicadores e apresentada a logística das ações. Foi elaborado o cronograma da intervenção com todas as ações a serem realizadas nas 12 semanas.

A terceira etapa do trabalho refere-se ao Relatório da Intervenção onde estão descritas as ações desenvolvidas no serviço de saúde no decorrer da intervenção, as dificuldades e facilidades encontradas na coleta e a sistematização dos dados, e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de trabalho do serviço de saúde.

Na quarta etapa, ao concluir o período da intervenção, encontra-se a Avaliação da intervenção, com a apresentação dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Como parte da divulgação das ações, foi feito o Relatório da Intervenção para Gestores e para a comunidade (quinta e sexta etapas respectivamente), destacando a importância da intervenção para os usuários, equipe e comunidade.

Por fim, na sétima etapa, trata-se de uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem obtido durante todo o curso de especialização.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde de São Valentim do Sul está localizada em uma área urbana, chamada São Valentim do Sul, com uma população de 2.168 habitantes com um total de 796 famílias, em sua maioria casas de alvenaria/tijolo ou madeira.



Figura 1 Fotografia da fachada da frente da UBS de São Valentim do Sul, São Valentim do Sul/RS

A equipe de saúde está composta por uma médica clínica geral, um enfermeiro, um técnico de Enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de enfermagem e uma equipe de apoio, composta por dois psicólogos, uma farmacêutica, uma assistente social e uma nutricionista. Além de outra médica clínica, que atua

tambémno atendimento da população, entretanto ela tem carga horária de vinte horas semanais, enquanto a outra médica tem carga horária de quarenta horas.

Do ponto de vista da estrutura física, dispõe de uma recepção, duas salas médicas, sala de enfermagem onde é feita a triagem dos usuários, uma farmácia, sala de espera, sala de procedimentos, dois consultórios odontológicos, sala de reuniões, sala de observação, sala de esterilização, sala de vacinação, seis banheiros, uma cozinha. A Secretaria Municipal de Saúde é anexa a UBS.

Na UBS são desenvolvidas as seguintes atividades: acolhimento com classificação de risco, atendimento de pré-natal e puericultura, procedimentos ambulatoriais, dispensação de medicamentos, preservativos, exame citopatológico de colo uterino, grupos de educação em saúde, vacinas, planejamento familiar, tratamento odontológico e visitas domiciliares, reunião de equipe e consultas (médico, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo).

A comunidade, de forma geral, é descendente de italianos e alemães e é muito idosa. A maioria dos habitantes não tem hábitos alimentares saudáveis, pois observa que é elevado consumo de carne de porco, gado e frango, em detrimento de outros alimentos, como as frutas e vegetais. Além disso não há percepção dos fatores de risco que uma alimentação incorreta pode ocasionar. Devido a isto, as doenças mais comuns são de origem crônica não transmissível, como: hipertensão arterial, cardiovasculares, diabetes mellitus, hipercolesterolêmica, hiperuricemias e obesidade.

Alguns portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) não estão com as patologias compensadas, porque deixam de tomar os medicamentos quando percebem alguma melhora ou por crenças erradas, desconhecendo as complicações que podem ocorrer, com o abandono do tratamento. No momento, a UBS atende muitos usuários com incapacidades físicas motoras devido a sequelas de doenças cerebrais causadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada. Temos também muitos casos de usuários portadores de Diabetes Mellitus que não seguem o tratamento medicamentoso, além do seguimento das orientações sobre alimentação saudável, com o intuito de normalizar a glicemia e evitar as comorbidades.

Na área da UBS, existem muitos usuários que utilizam medicamentos controlados, como antidepressivos, para o tratamento de ansiedade, doenças psicológicas e psiquiátricas, depressão, esquizofrenia e insônia. É muito complicado

o manejo dos usuários que estão acostumados a tomar muitos medicamentos de uso contínuo e indiscriminadamente, não precisando deles, mas a equipe tem dificuldade em mudar esses hábitos.

Há também usuários portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), existe o relato que alguns usuários são oriundos de outras cidades e que mudam para o município. Em mulheres em idade fértil as infecções vaginais, clamídia, candidíases são as mais frequentes, incluindo gestantes que tem resistência ao uso de camisinhas, apesar de ser é explicada como uma das medidas de prevenção de tais infecções. Outra informação que na área da UBS, existem três usuários em tratamento para Hanseníase.

Com relação as gestantes, o acompanhamento de pré-natal realizado na UBS é muito bom, temos uma boa adesão das gestantes, realizamos atividades em grupo, disponibilizamos sulfato ferroso e ácido fólico, são solicitados os exames de rotina da gestação.

O acompanhamento da puericultura para as crianças de 0 a 12 meses é feita na UBS, também há uma boa adesão por parte das mães, que demandam e comparecem nas consultas planejadas/programadas de puericultura. Seguimos o calendário vacinal das crianças. Acredito que tem uma cobertura de 100% no município.

Com respeito a prevenção do câncer de colo de útero e de mama, é observado que muitas mulheres da comunidade não sabem sobre a importância de fazer o autoexame das mamas, só dão mais importância aos exames de imagem. Já com relação ao exame preventivo, elas já têm o conhecimento sobre a importância da realização do exame.

Na unidade há grupos de: gestante, puericultura, tabagismo, promoção de saúde e convivência, grupo de idosos. Há academia da saúde, atendimento com nutricionista. Há grupo de promoção na unidade e nas comunidades da área rural, oficinas de saúde nas escolas, avaliação antropométrica de escolares, avaliações domiciliares.

Na Vigilância em Saúde, há enfermeiro, agente de combate a endemias e fiscal sanitário, que desenvolvem ações de prevenção em saúde, ações educativas quanto a manipulação adequada de alimentos e controle de contaminação da água. Junto ao Programa de educação permanente, há atividades mensais.

Exemplos: campanhas de vacinação, de combate ao uso abusivo de drogas, entre outras.

No acompanhamento domiciliar, há atenção aos usuários restritos ao leito, ao domicílio, usuários com deficiência física e mental, incluindo o isolamento social. Na Saúde Mental, as ações são realizadas pelo psicólogo.

A equipe também é responsável por promover palestras, atividades em grupos e também nas consultas individuais, discutindo sobre a importância do seguimento das orientações nutricionais, importância de exercícios físicos, a prevenção de doenças transmissíveis e transmissão sexual, ajuda psicológica, entre outros.

Na UBS que atuo, observo algumas fragilidades, tais como: estruturar o setor de vigilância em saúde; protocolar o quadro básico de remédios de acordo com as doenças mais prevalentes; comunicação entre referência e contra referência; propor maiores encaminhamentos para a atenção de média e alta complexidade, quando necessário. Penso que a equipe administrativa da Unidade de Saúde e as principais autoridades do município têm poder de melhorar as ações desenvolvidas na UBS, através de planejamentos que promovam melhorias nas ações de saúde do município.

O objetivo dos profissionais que atuam na UBS é desenvolver um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação voltados aos problemas de saúde de maior frequência e relevância nos distintos ciclos de vida: criança, adolescente, adultos e idosos. Cada integrante tem bem definido qual é sua função. Para dar resposta a todas as demandas da população, nossa equipe de trabalho todas as segundas feiras planejam as atividades que serão realizadas durante a semana, como: palestras a grupos específicos da comunidade, escolas, planejamos visitas domiciliares, entre outras atividades.

Pois com nosso trabalho, os objetivos podem ser alcançados, como: menor número de crianças com baixo peso ao nascer, menor número de gestantes adolescentes, redução da morbimortalidade devido ao câncer de colo de útero e mama, prevenção das doenças como hipertensão e diabetes, dentre outras, promovendo assim uma melhor qualidade de vida em todas as idades.

1.2 Relatório da Análise Situacional



Figura 2 Fotografia da área urbana de São Valentim do Sul/RS

O município de São Valentim do Sul é um município pequeno, de predominância rural, com uma população de 2.168 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Está em desenvolvimento econômico, mas a maioria da população mora no interior da cidade. A principal fonte de renda é a coleta de uvas para a produção de vinho e sucos. Com boas condições socioeconômicas por parte da população, que é formada por um percentual elevado de idosos, descendentes de italianos e alemães. O município apresenta baixa taxa de natalidade e toda a atenção de saúde é feita na UBS, pela Estratégia de Saúde da Família.

A UBS está localizada na zona urbana do município. Do ponto de vista da estrutura física, dispõe de uma recepção, duas salas médicas, sala de enfermagem onde é feita a triagem dos usuários, uma farmácia, sala de espera, sala de procedimentos, dois consultórios odontológicos, sala de reuniões, sala de observação, sala de esterilização, sala de vacinação, seis banheiros, uma cozinha. E como anexo a UBS, temos a Secretaria Municipal de Saúde.

A UBS tem uma estrutura física muito boa. Recentemente foi reformada, ampliada e inaugurada recentemente pela prefeitura municipal. Dispõe de janelas com proteção, paredes e janelas adequadas para fornecer a separação das áreas e

promover a iluminação e ventilação. A UBS dispõe de móveis novos. É de fácil acesso, principalmente para os usuários idosos e/ou portadores de necessidades especiais.

A equipe de saúde está composta por uma médica clínica geral, um enfermeiro, um técnico de Enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de enfermagem e uma equipe de apoio, composta por dois psicólogos, uma farmacêutica, uma assistente social e uma nutricionista. Além de outra médica clínica, que atua também no atendimento da população, entretanto ela tem carga horária de vinte horas semanais, enquanto a outra médica tem carga horária de quarenta horas.

Na UBS é desenvolvido o acolhimento, onde são feitas a classificação de risco. Toda a equipe participa do acolhimento dos usuários quando chegam. Eles são acolhidos e encaminhados para a sala de enfermagem onde é realizada a triagem. Na UBS não tem a equipe de acolhimento, mas é feito por qualquer membro da equipe de saúde. O acolhimento é realizado todos os dias e em todos os turnos de atendimento. O tempo, em média, até que usuário tenha suas necessidades escutadas e acolhidas é em torno de dez minutos até quinze minutos, pois não há demora. A equipe de saúde conhece a avaliação e classificação do risco biológico para definir e fazer os encaminhamentos dos usuários. Eles são orientados e encaminhados para os serviços oferecidos pela UBS. O atendimento à demanda imediata, atendimento prioritário é feito pelo enfermeiro e os médicos, de acordo com o caso.

Na unidade é realizado o pré-natal e puericultura, procedimento ambulatorial, dispensação de medicamentos e preservativos, exame citopatológico de colo uterino, grupos de educação em saúde, aplicação de vacinas, planejamento familiar, tratamento odontológico, reunião da equipe e consultas (médico, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo). São planejadas as visitas domiciliares. Na UBS são realizados testes diagnósticos de glicemia, teste rápidos de gravidez, HIV, sífilis, Hepatite B.

No município só existe essa UBS, com duas médicas atuando na Atenção Básica de Saúde. Os horários de trabalho são: uma médica das 07 horas e 30 minutos até 11 horas e 30 minutos e a outra de 13 horas a 17:00 horas. Sendo que os usuários em demanda espontânea são atendidos nestes horários, já que as consultas agendadas são destinadas para os usuários com doenças crônicas que

precisam de acompanhamento regular. Nos casos de consulta de pré-natal, puericultura e atendimento aos usuários portadores de hipertensão, diabetes, as consultas são agendadas pelos ACS.

A unidade não tem demanda espontânea de usuários com problemas de saúde agudo, que precisam de atendimento de urgência. Mas quando acontece, esses usuários são classificados de acordo com risco e são atendidos com prioridade no mesmo dia. Essa triagem é feita pela enfermeira e de acordo com os sintomas, os usuários são encaminhados para a médica.

Com relação ao atendimento odontológico, os usuários são atendidos diariamente, através de consultas agendadas. Caso haja demanda de atendimento para casos agudos, estes usuários são atendidos no mesmo dia. A UBS conta com equipamentos, utensílios e materiais suficiente para o atendimento dos usuários.

Na área adstrita da UBS, observa que são frequentes as doenças crônicas não transmissíveis: como HAS, DM, Cardiopatia Isquêmica, alterações do metabolismo dos lipídios (hipercolesterolêmicas). Também, é frequente acidentes, intoxicações por produtos químicos, câncer de pele, câncer do pulmão, câncer de colo de útero e de mama nas mulheres. Devido também as mudanças de clima, também são frequentes as doenças respiratórias. Temos na área adstrita muitos usuários com incapacidades físicas e motoras devido a sequelas de acidentes cerebrovasculares, muitos usuários dependentes de drogas, álcool, na maioria homens e algumas mulheres, que já apresentam cirrose hepática e outras complicações sociais, como o afastamento dos familiares, mães solteiras, idosos abandonadas, adolescentes com problemas psicológicos.

Com relação a rede de saúde, o município disponibiliza a realização de exames complementares, sendo coletados todos os dias da semana no próprio município. Outros exames, mais complexos, tomografia computadorizada e ressonância magnética são feitos em outros municípios como. Estes exames são realizados pelo SUS, sendo que a marcação é feita todo o mês, porém as vezes demora mais de trinta dias para agendar as consultas e/ou exames.

Já a cobertura de pré-natal nesta UBS, segundo os dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP) a estimativa é de 32,52 gestantes. Porém os registros da enfermeira que realiza o acompanhamento, informa que na área temos 16 gestantes. Sendo que algumas fazem consulta de pré-natal na UBS e outras fazem atendimentos em clínicas particulares. O grande problema que temos, é que

algumas usuárias não iniciam o atendimento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, buscando atendimento, muitas vezes no segundo trimestre gestacional. É necessário que a equipe busque novas estratégias para identificar e captar essas gestantes ou usuárias com atraso menstrual, para dar início as primeiras consultas, tanto com a enfermeira, quanto com a médica.

Felizmente, seguimos o calendário vacinal das gestantes conforme orientação do protocolo do Ministério da Saúde, são solicitados os exames complementares. Encaminhamos também para avaliação odontológica e nutricional. São convidadas para participar dos grupos de educação em saúde. Pois com a integração e a criação do vínculo entre os profissionais e a usuária, bem como os familiares, as ações de cuidado serão mais efetivas e envolverá toda a comunidade.

Uma das tarefas prioritárias da Atenção Básica de Saúde é atenção à Saúde da Criança. Sabemos que uns dos indicadores mais importantes para avaliar a qualidade da saúde de uma população específica, de uma localidade, de uma nação é a mortalidade infantil. Realizamos consultas de puerpério para as crianças menores de um ano. A estimativa do CAP é de 26 crianças, mas nos últimos meses foram acompanhadas 20 crianças na UBS. São realizadas orientações sobre a importância da triagem auditiva, teste do pezinho, importância do aleitamento materno, prevenção de acidentes, sinais e sintomas de doenças comuns na infância, importância de comparecer regularmente as consultas, atualizar os registros, com os ACS e na UBS, realizar a avaliação de saúde bucal das crianças. Já as crianças maiores de dois anos até os 12 anos, são acompanhadas em consultas programadas.

Sobre o controle do câncer de colo de útero, o acompanhamento é bem organizado, ele é coordenado pela enfermeira da unidade e de modo geral todos os profissionais da unidade estão envolvidos nas ações de educação para a saúde da mulher, engajados no estímulo das usuárias para a realização periódica do exame preventivo do câncer de colo de útero. Temos registrado o total de 350 usuárias que são acompanhadas na UBS, porém só 300 usuárias estão com exame preventivo em dia. Segundo o CAP o número de usuárias na faixa etária entre 25 a 64 anos é de 596 usuárias.

Diferentemente do programa de prevenção do câncer de mama, a cobertura não é boa, pois só temos 120 (54%) usuárias registradas e o CAP informa uma estimativa de 223 usuárias. Pois muitas usuárias fazem os exames e são avaliadas

em clínicas particulares, algumas não estão na faixa etária preconizada, mas já fizeram o exame. E as outras que realizam na UBS, não tem registros na unidade da realização desses exames e o retorno a consulta médica.

Nas consultas orientamos sobre a importância de fazer exame de prevenção de câncer de colo de útero e da importância de fazer autoexame de mama. Na UBS não tem um protocolo de atendimento para esta ação programática.

Na UBS fazemos atendimento aos portadores de doenças crônicas todos os dias da semana, incluindo a HAS e DM enquanto ação programática. Há atendimento agendado e atendimento por demanda espontânea. Sendo que os usuários que chegam com problemas agudos relacionados com estas doenças são atendidos e se necessário são encaminhados para o pronto atendimento hospitalar. Não temos registros atualizados dos usuários portadores de HAS e DM, pois segundo os dados que existem são: 320 (66%) HAS e 50 (36%) DM. Segundo o CAP são 484 usuários com HAS e 138 com DM. Os usuários acompanhados recebem gratuitamente os medicamentos, é feita a classificação de riscos, é agendado a próxima consulta de retorno, a depender dos fatores de riscos e comorbidades associadas.

Na UBS, são feitas atividades de educação em saúde, mas a participação deles é muito baixa. A maioria tem conhecimento das orientações, mas eles não cumprem estas medidas em muitos casos, ocasionando outros problemas de saúde.

Já atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na unidade também realizamos o acompanhamento para os usuários da terceira idade. Os profissionais que realizam o acompanhamento são: o médico clínico geral, a enfermeira, o odontólogo e o técnico auxiliar de odontologia e a técnica em enfermagem. Na unidade realizamos ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle de peso, estímulo para a prática regular da atividade física, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo, diagnóstico e tratamentos de problemas clínicos em geral, entre outras

Na UBS tem cadernetas do idoso, que facilita a coleta e registros dos dados, além dos prontuários clínicos do registro da população e o registro da vacinação. Temos registrado pelos ACS um total de 296 idosos (100%) no município, o que também corresponde a estimativa do CAP (296), sendo que maioria teve atendimento nos últimos meses do ano, mas acredito que a maioria dos idosos tem atendimento e não estão registrados ou estão incompletos os cadastros. É

fundamental organizar os registros deste programa, bem como realizar a avaliação multidimensional, realizar atividades educativas com grupos de pessoas idosas e familiares com a finalidade de inserir esses idosos a sociedade.

Penso que os trabalhadores de saúde e as principais autoridades do município têm uma grande tarefa a realizar, com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população, começando por uma organização dentro da própria Unidade nas práticas de saúde, com o planejamento adequado das ações, como educar a população desde o funcionamento do serviço, com consultas programadas (agendamento), diminuindo a demanda espontânea, até o cuidado da própria saúde.

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

Comparando o texto da situação da ESF/APS em meu serviço da segunda semana de ambientação com o relatório da análise situacional, cheguei à conclusão que neste momento já tenho melhor conhecimento sobre a situação da minha UBS, sobre o processo de trabalho da minha equipe, sobre a saúde dos pacientes e suas doenças, melhor conhecimento acerca do funcionamento do sistema de saúde no município.

A análise situacional proporcionou uma reflexão de toda a equipe sobre a estrutura da unidade, sobre as práticas exercidas nas diversas ações programáticas realizadas na unidade, sobre o engajamento público e acolhimento dos usuários e com isso, posso dizer que atualmente, em conjunto com as autoridades de saúde, a equipe de saúde tem resolvido algumas das situações que existiam, mas ainda temos que continuar trabalhadas intensamente, para melhorar ainda mais a situação da ESF/APS no município. Sabemos que a tarefa não é nada fácil, mas também que não é impossível, e em conjunto, os problemas e a diversidade de situações que aparecem no caminho poderiam ser resolvidas.

Enfim, posso dizer que temos outro olhar desde o início do trabalho na UBS até o momento e que este programa de especialização é muito útil, pois nos fornece ferramentas para enfrentar os problemas identificados, para reorganizar o processo de trabalho e melhorar o nosso trabalho na comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão nas artérias, considerando que a pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 mmHg para a diastólica, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos e é um dos mais relevantes problemas de saúde pública do país, com prevalência entre 22,3% a 43,9%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos dependendo da população estudada, da região ou do critério diagnóstico utilizado, nos últimos 13 estudos selecionados, as taxas de prevalência mostram que cerca de 20% dos adultos apresentam hipertensão arterial, sem distinção por sexo, mas também com evidente tendência de aumento com a idade (BRASIL, 2006b; COSTA *et al*, 2007; CESARINO *et al*, 2008; ROSÁRIO *et al*, 2009). O diabetes mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006a), o Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: são 13,7 milhões de pessoas (Sociedade Brasileira de Diabetes), e muitas ainda nem foram diagnosticadas.

A equipe da USF de São Valentim do Sul está composta por uma médica clínica geral, um enfermeiro, um técnico de Enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de enfermagem e uma equipe de apoio, composta por dois psicólogos, uma farmacêutica, uma assistente social e uma nutricionista. Temos também na UBS outra médica, que atua também no atendimento da população, entretanto ela tem carga horária de vinte horas semanais. Do ponto de vista da estrutura física, dispõe de uma recepção, duas salas médicas, sala de enfermagem onde é feita a triagem dos usuários, uma farmácia, sala de espera, sala de procedimentos, dois consultórios

odontológicos, sala de reuniões, sala de observação, sala de esterilização, sala de vacinação, seis banheiros, uma cozinha. A Secretaria Municipal de Saúde é anexa a UBS.

Na área de abrangência da UBS temos uma população total de 2.168 pessoas, tendo estimado pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) que 484 sejam usuários com hipertensão e 138 com diabetes. Na UBS temos a informação de 320 usuários com HAS e 50 com DM, porém não são dados fidedignos e por isto optamos por trabalhar na intervenção na busca do público alvo estimados do CAP.

A escolha da ação programática da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para o trabalho de intervenção por nossa equipe de Saúde na UBS do município de São Valentim do Sul deu-se porque são doenças que tem alta incidência e prevalência com crescimento nos últimos meses das complicações cerebrovasculares, insuficiência renal aguda ou crônica e fica dentro das primeiras causas de morte no Brasil. Na UBS são muito frequentes as doenças crônicas não transmissíveis: como hipertensão (HAS), diabetes mellitus (DM), cardiopatia isquêmica porém não tem registros de monitoramento., por isto percebemos que precisamos melhorar os registros de atualização da população da área adstrita bem como os registros de dados e isto poderá ser obtido com o trabalho em conjunto com a equipe de saúde da família, os ACS e revisão do prontuário e no cadastramento. É necessário estimular a prática de conhecimento da população sobre os riscos de sofrer estas doenças e as principais causas que poderiam levar à doença hipertensiva e diabetes mellitus. Além disso, é importante promover estilos de vida saudável, conscientizar qual é a importância do uso do tratamento farmacológico e não farmacológico, como prevenir as complicações das doenças, implementando com a realização de palestras, criação de grupos de educação em saúde. Assim é importante envolver a equipe de saúde nesta intervenção. As principais dificuldades/limitações existentes é a inexistência do registro correto dos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, a pouca participação dos usuários nas atividades de promoção em saúde, entre outros.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção de Hipertensos e/ou Diabéticos maiores de 18 anos na Unidade Básica de Saúde de Valentim do Sul, no município de Valentim do Sul/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Meta 1

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3:

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4:

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

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

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

Meta 5

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6

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.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Valentim do Sul, no Município de Valentim do SUL/RS. Participarão da intervenção todos os usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus maiores de 18 anos cadastrados na área de abrangência.

O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente tendo a intensa colaboração dos Cadernos de Atenção Básica relacionados a HAS e a DM. São característicos protocolos organizados pelo Brasil que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a realidade do serviço UBS de São Valentim do Sul e, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS.

Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões o grupo de trabalho da

equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas enfermidades crônicas não transmissíveis, que muitas vezes são juntas. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais (Anexo “A”), incluindo as Cadernetas de Saúde (Anexo “C”), de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS de São Valentim do Sul.

Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato *Microsoft Excel*. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos dados semanalmente, totalizando 16 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

Ações:

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

Detalhamento das ações:

- Revisar semanalmente o fichário que contém os cadastros de hipertensos e diabéticos, para acompanhar a cobertura desses usuários.
- Será feita a busca ativa e serão cadastrados os usuários que pertencem à área adstrita.
- Discutir os dados levantados nas reuniões da equipe.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes 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:**

- Será elaborada uma ficha clínica individual (ficha específica do hipertenso ou diabético) com todos os dados dos pacientes e ações realizadas. Também será elaborada planilha eletrônica para facilitar o monitoramento e avaliação da saúde do usuário e ações desenvolvidas. Contaremos com ajuda de todos os profissionais da equipe, inclusive dos ACS.
- Designar um integrante da equipe de saúde que realizará a revisão semanal junto o médico, dos novos cadastros de hipertensos e diabéticos, e monitorar a cobertura de acordo com a meta.
- Cada usuários que chegar a unidade vai ser recebido, acolhido, cadastrado. A agenda será organizada de forma a acolher esses pacientes. Combinar com a equipe para que todo usuário hipertenso ou diabético que procure a unidade

com o quadro agudo seja atendido no mesmo dia (mesmo que exceda as vagas do dia); casos que podem ser agendados para outra data serão discutidos com os médicos e disponibilizado vagas para esses atendimentos.

- Serão solicitados ao gestor para fornecimento e manutenção do material necessário para desenvolver essas ações.
- Inspeccionar periodicamente o funcionamento dos aparelhos da pressão e do hemoglicoteste.

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 HAS 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:

- Neste caso realizaremos as orientações em sala de espera, nos atendimentos de enfermagem, durante a consulta com o paciente, nas visitas domiciliares, nas atividades de educação em saúde do dia a dia na UBS, na rádio e na comunidade, também em palestras orientadas a aumentar o conhecimento da população quanto às doenças crônicas.
- Serão realizadas palestras e/ou atividades em outros locais, como em escolas, indústrias, associação de moradores, feiras de saúde, dentre outros.
- Fixar na UBS cartazes e materiais educativos a respeito da importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades desenvolvidas no programa;

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

- Capacitar aos ACS e equipe de ESF para cadastrar todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Unidade de Saúde.

- Capacitar a equipe da unidade básica 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 deverão capacitar os ACS, a respeito da busca ativa periódica dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da equipe que ainda não são cadastrados;

– A enfermeira deverá realizar orientações aos funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste (HGT).

– O Médico e a enfermeira deverão avaliar periodicamente a técnica de verificação da Pressão Arterial pelos técnicos de enfermagem, o que pode acontecer nos encontros, reuniões e nas capacitações/qualificações da equipe.

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

Metas

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

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

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

2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Hipertensos e Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.5. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e Diabéticos.

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

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

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- O monitoramento será realizado semanalmente e a avaliação será realizada mensalmente, por um dos membros da equipe de saúde, designado para isto.
- Revisar semanalmente todas as fichas de pacientes hipertensos e diabéticos, para suprimir eventuais falhas ou registros inadequados.

- Monitoraremos semanalmente a ficha específica dos pacientes hipertensos e diabéticos assim como o cartão de medicamentos dos usuários nas consultas de hiperdia e nas visitas domiciliares pelo ACS.
- Semanalmente a ficha específica serão revisadas e monitoradas quando a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; • organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da Ação:

- Garantir a solicitação de exame complementar. A solicitação desses exames será garantida nas consultas de hiperdia agendadas, e quando a situação do paciente requeira o exame, mesmo sem o paciente estar agendado.

- Realizaremos essa ação em conjunto com o responsável de farmácia, segundo as fichas específicas dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS e que usam estes medicamentos da farmácia da UBS.
- Realizar o registro das necessidades de medicamentos dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS segundo a quantidade de pacientes cadastrados em atendimento na UBS.
- Organizar agenda de saúde bucal para usuários hipertensos e diabéticos em conjunto com a equipe de odontologia e a coordenadora da unidade básica de saúde.

EIXO: Engajamento Público:

Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das Ações:

- Essa ação será realizada nas atividades de educação em saúde, seja nas consultas individuais, nas visitas domiciliares ou nas atividades de grupos.
- A orientação da realização de exames complementares ocorrerá nas consultas individuais na UBS, nas visitas domiciliares, e nas atividades de grupos.
- As orientações para aquisição dos medicamentos serão realizadas nas consultas, nas atividades de educação em saúde, atividades de grupos e visitas domiciliares.

- Orientar a comunidade sobre a importância da saúde bucal nas diferentes atividades de educação em saúde, nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- A capacitação ocorrerá no período das reuniões de equipe, sendo coordenada pelo médico ou técnico da enfermagem.
- Realizar atualização dos profissionais em reunião de trabalho da equipe, sobre tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- Capacitar a equipe para identificar usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico, com ajuda da equipe odontológica.
 - O Médico e a enfermeira deverão capacitar aos profissionais da equipe para a realização do exame físico segundo o perfil de cada profissional.
 - O médico deverá realizar atualizações nas reuniões de equipe sobre os tratamentos destinados a hipertensos e/ou diabéticos.
 - O médico e a enfermeira em parceria com a técnica em farmácia deverão orientar aos profissionais sobre as alternativas para obter os medicamentos necessários ao tratamento.

- O médico em parceria com os profissionais de odontologia deverão orientar os profissionais da equipe em geral, qualificando os profissionais, para que os mesmos tenham capacidade de avaliar e identificar os usuários com necessidade de encaminhamento para avaliação odontológica.

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

Metas:

Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Detalhamento da Ação:

- O médico e a enfermeira deverão controlar periodicamente o planejamento feito para cada usuário hipertenso e/ou diabético através do prontuário clínico, através planilha de coleta e dados e a filha espelho, que está sendo confeccionada para a população alvo.

– Cada usuário deverá saber com antecipação a data da próxima consulta, que será informado nas consultas ou através dos ACS.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos, através das ACS.

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

Detalhamento das Ações:

- A equipe irá confeccionar de uma lista diária de usuários hipertensos e diabéticos faltosos as consultas.
- Agendar consultas aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus faltosos em conjunto com o enfermeiro da UBS.
- Após a revisão e monitoramento das fichas específicas, a técnica de enfermagem os médicos, avisaram aos ACS sobre os pacientes faltosos de sua micro área informará a nova data da consulta.

EIXO: Engajamento Público**Ações:**

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

Detalhamento das Ações:

- Informar aos usuários hipertensos e diabéticos na comunidade sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade da mesma, preconizada pelo Ministério da Saúde.

- Essa informação será dada nas diferentes atividades de educação em saúde feitas nas consultas individuais, nas visitas domiciliares e atividades de grupos.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

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

Detalhamento das Ações:

- A equipe planejará e se dividirá em duplas, para promover quinzenalmente atividades de Educação Permanente, com a temática de Hipertensão e Diabetes, trazendo novas informações e atualizações sobre as patologias. - -
- Sendo apresentadas em forma de Seminários, Rodas de Conversa, Vídeos, Dramatizações, dentre outros, utilizando o espaço das reuniões da equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- Monitorar a qualidade do registro de usuários hipertensos e diabéticos da UBS, em conjunto com a técnica de enfermagem da UBS.
- Esse monitoramento será feito semanalmente com a revisão da ficha específicas desses usuários. Os dados contidos nas fichas serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica do Excel, que calcula automaticamente os indicadores. A avaliação desses indicadores será realizada mensalmente.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas. A ação ficará sob a responsabilidade da técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem e ACS da equipe de saúde.

- Fazer ficha de acompanhamento. Utilizaremos um modelo de ficha específica, disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, contendo todas as informações pessoais do paciente, situação de saúde, exames realizados e ações realizadas com os pacientes atendidas.

- Pactuar com a equipe de saúde o registro das informações, onde todos os profissionais utilizem a ficha específica do paciente e registrem todas as ações que foram realizadas durante o atendimento.

- Definir um responsável pelo monitoramento das informações, neste caso pelo médico.

- Situações de alerta - Quando esses problemas acontecerem, sinalizaremos com a colocação de um lembrete (seguro por um clipe ao grampo), na ficha específica do usuário.

EIXO: Engajamento Público

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- Orientar os usuários sobre seus direitos em a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Assim como orientar ter seus documentos em dia, neste caso o cartão de SUS. Realizaremos essas orientações durante as consultas individuais, nas visitas domiciliares e nas reuniões de grupo.
- Os profissionais da UBS deverão orientar aos usuários sobre qualquer mudança que exista com seus registros de dados, para a rápida atualização e o direito dos usuários de ter acesso a segunda via dos mesmos.
- Os profissionais deverão realizar uma Anamnese completa do usuário, respeitando suas condições socioeconômicas, religiosa e cultural. Atentando-se para as informações prestadas pelo usuário.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- Essa capacitação será feita nas reuniões de trabalho da equipe, tendo como responsáveis os médicos e a técnica de enfermagem da UBS.

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

Metas:

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

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**EIXO: Monitoramento e Avaliação****Ações:**

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

Detalhamento das Ações:

- A médica e a enfermeira farão o monitoramento através da revisão semanal das fichas específicas dos pacientes.

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

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

Detalhamento das Ações:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco cardiovascular. Neste caso, estes usuários terão duas consultas ao ano. Poderão ser realizadas consultas na UBS ou em suas residências, segundo o estado de saúde deles. Informaremos a coordenadora da UBS e a secretaria de saúde, sobre a prioridade de atendimentos especializados destes pacientes.
- Organizar a agenda para atendimento desta demanda. Essa organização será realizada pelo médico e técnica de enfermagem da UBS. Durante as consultas de hiperdia, o médico e as técnicas de enfermagem farão o registro da estratificação de risco na ficha específica do paciente.

EIXO: Engajamento Público**Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer aos pacientes e a comunidade da importância do controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, prática de exercícios físicos, hábito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas.

Detalhamento das Ações:

- Essas orientações serão realizadas nas atividades de educação em saúde, nas consultas, visitas domiciliares e atividade nos grupos de hipertensos e diabéticos.
- Elaborar cartazes educativos sobre os controles dos fatores de riscos e as possíveis complicações que poderiam produzir.
- Promover grupos, feiras de saúde, reuniões em Associação de Moradores, em igrejas, dentre outros, sobre a importância de controlar os fatores de risco e as possíveis complicações que são decorrentes do não controle da Hipertensão e da Diabetes.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

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

- Nas reuniões da equipe serão feitas atividades de capacitação das doenças hipertensiva e diabetes mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas:

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo e etilismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos pacientes hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal das fichas específicas. A avaliação

será realizada mensalmente e durante as visitas domiciliares, no acolhimento, durante os atendimentos)

- Monitorar a orientação de realização de atividades físicas regular aos pacientes hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas específicas e no prontuário.
- Monitorar a orientação sobre o risco do tabagismo aos usuários hipertensos nas consultas de hiperdia, na revisão das fichas específicas tendo como responsáveis o médico e o enfermeiro.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas específicas desses usuários.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- 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:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável nas atividades de educação em saúde aos pacientes, família e na comunidade.
- Envolver as nutricionistas nas atividades nas comunidades.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas em conjunto com toda a equipe da UBS.
- Demandar junto à secretaria de saúde parceiras institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento de abandono ao tabagismo em pacientes fumantes
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações a nível individual.
- Envolver a equipe de odontologia nesta atividade em conjunto com a secretaria de saúde.
- Garantir em conjunto com a secretaria de saúde o material de odontologia para o atendimento destes pacientes, sendo responsável por essa atividade o dentista da UBS.

EIXO: Engajamento Público

Ações:

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

Detalhamento das Ações:

- Orientar os usuários hipertensos e seus familiares na importância da alimentação saudável nas diferentes atividades de educação em saúde da UBS, nas consultas individuais, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos, tendo como responsáveis toda a ESF e também as nutricionistas de apoio da UBS.

- Fixar cartazes educativas para orientar aos usuários da importância da alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal.
- Orientar a usuários hipertensos e diabéticos na importância de realizar atividade física regular, será feita nas atividades de educação em saúde nas consultas individuais, nas visitas domiciliares, nas atividades de grupos específicos e nas comunidades.
- Orientar os usuários sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e orientar sobre os danos do tabagismo na saúde de forma geral.
- As orientações se darão nas atividades de educação em saúde, com a participação de toda a equipe de saúde.
- Orientar os usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares na importância da higiene bucal nas consultas individuais e nas outras atividades de educação em saúde.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- 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 pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das Ações:

- As capacitações serão realizadas nas reuniões da equipe da UBS.

- Capacitar à equipe de saúde na promoção de praticar atividade física regular na população e capacitar a equipe de saúde na metodologia de educação em saúde, utilizando os espaços das reuniões de trabalho da equipe. Capacitar a equipe de saúde no tratamento de pacientes tabagista e na metodologia de educação em saúde. Utilizaremos o espaço das reuniões de trabalho da equipe para executar essa ação.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal em conjunto com a equipe de odontologia da UBS. Realizaremos a capacitação durante o período reservado para a reunião de trabalho da equipe de saúde.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos

hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos, como fonte de estudo e bibliográfica vai ser adotado o Manual Técnico - Caderno de Atenção Básica - Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial nº 36 e 37, respectivamente do ano 2013, e o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes Mellitus no ano 2011.

Como possuímos apenas no formato digital dos Cadernos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, faremos a impressão desses documentos, para deixá-los na UBS, onde estão todos os outros Cadernos de Atenção Básica para que sejam utilizados por toda a equipe.

Atualmente a UBS não tem um registro do programa HIPERDIA, tem prontuário eletrônico onde são registrados quase todos os dados que precisamos para fazer o monitoramento das ações, neste caso será elaborado uma ficha complementar contendo as informações necessárias dos outros dados que não sejam registrados no prontuário eletrônico para a realização do trabalho, como (acompanhamento da saúde bucal, classificação de risco cardiovascular), confeccionaremos uma ficha onde possuam isto dados e serão entregadas a equipe de saúde bucal e nos consultórios médicos, os dados na ficha serão preenchidos por todos os profissionais que realizarem atendimento aos pacientes.

Para a realização da intervenção imprimiremos 500 cópias das fichas específicas. As fichas serão acomodadas em um fichero que ficará na sala de

enfermagem para que todos os membros da equipe de saúde tenham acesso aos registros. Para o acompanhamento da intervenção utilizaremos uma planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL. No final da semana será feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas serão digitados para a planilha eletrônica de coleta de dados. Essa atividade será feita por o médico e a técnica de enfermagem da equipe de saúde da UBS.

A estimativa é cadastrar é 450 usuários com HAS e 70 com DM. Serão cadastrados todos aqueles usuários de mais de 18 anos de idade portadores destas doenças. Com o trabalho dos ACS, serão identificados aqueles usuários que moram na área de abrangência e não são atendidos na UBS e aqueles que não tiveram consulta médica no ano 2014. Serão agendados conforme disponibilidade da agenda da semana.

A agenda será organizada de forma a acolher esses usuários. Todo usuário hipertenso ou diabético que procure a unidade básica de saúde com queixa de quadro agudo serão atendidos no mesmo dia (mesmo que exceda as vagas do dia); casos que podem ser agendados para outra data serão discutidos com a médica, e disponibilizado vagas para esses atendimentos. Mas de forma geral tentaremos resolver todos os casos que chegarem ao mesmo dia.

Os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus serão acolhidos na UBS pela recepcionista da Unidade Básica de Saúde e encaminhados para o consultório da técnica de enfermagem que fará a medição dos sinais vitais (pressão arterial, batimentos cardíacos, frequência respiratória, saturação de oxigênio), HGT, peso corporal, altura, e esses dados serão registrados no prontuário eletrônico do usuário hipertenso ou diabético.

Os outros dados como avaliação de risco cardiovascular, exame clínico, (exame físico completo, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, avaliação da cavidade oral, palpação da tireóide, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação do abdômen, pele e pés), incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pés nos usuários diabéticos será registrado pelo médico nas consultas. No caso de alguma complicação percebida pela técnica de enfermagem, será encaminhado para os médicos de atendimento nesse momento para ser avaliado.

O exames complementares deverão ser solicitado e realizado semestralmente com análise e indicação dos médicos da UBS. Para aqueles usuários com exame

em atraso, serão disponibilizadas vagas pela secretaria de saúde em concordância com o laboratório clínico que fica no município.

As medicações em uso serão revisadas e registradas na ficha específica individual e o pedido dos medicamentos será feito pela responsável de farmácia segundo as necessidades dos usuários.

Os ACS identificarão os usuários acamados que não conseguem se deslocar até a UBS e informarão nas reuniões da equipe todas as segundas-feiras. Será feito um cronograma de visita domiciliar pela equipe de enfermagem e os médicos da equipe de saúde, em parceria com a coordenadora da Unidade Básica de saúde.

A equipe de profissionais irá buscar parceria das lideranças comunitárias e informaremos como a intervenção será realizada, apresentando o projeto de intervenção, para que sejam divulgadores dessas informações.

Realizaremos atividade de orientação em promoção da saúde em sala de espera, nos atendimentos de enfermagem, durante as consultas médicas, nas visitas domiciliares, e nas atividades de educação em saúde no grupo de idoso na UBS e na comunidade.

Para levar todas essas ações em prática, serão realizadas capacitações (palestras sobre HAS e DM nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde. Primeiramente realizaremos uma reunião com a equipe para orientar sobre a nova forma de cadastro destes usuários e sobre os dados da intervenção em geral. Nesse momento vamos aproveitar para definir e atribuir para cada membro da equipe quais serão a ação que vai realizarem na intervenção e dividiremos os temas abordados nos cadernos para serem estudados pela equipe, assim, depois em duas reuniões de trabalho da equipe serão apresentados e discutidos por todos os integrantes da equipe de saúde.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar a equipe de saúde sob os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus.	■	■														
Estabelecer a atribuição de cada profissional na ação programática	■															
Cadastrar os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atividade de educação em saúde sobre alimentação saudável pratica de exercícios físicos, riscos do tabagismo, higiene bucal em os pacientes diabéticos e hipertensos.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atendimento clinico dos usuários hipertensos e diabéticos.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atividades com os diferentes grupos de hipertensos e diabéticos.			■				■				■					
Atividades de educação em saúde a família sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Capacitar as ACS na busca ativa de usuários diabéticos e hipertensos faltosos a consulta e orientação de importância da periodicidade da consulta.	■															
Priorizar medicamentos da farmácia popular aos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Busca ativa de usuários faltosos as consultas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Visita domiciliar para avaliação e consulta dos pacientes acamados ou alguma limitação que impede assistir a UBS pela equipe de saúde.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Avaliação odontológica dos usuários hipertensos e diabéticos que precisem desse atendimento.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitoramento da intervenção	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Avaliação da intervenção				■				■				■				■

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS devido ao período de férias da especializanda no período da intervenção e da não continuidade das ações pela equipe neste período, mas não houve prejuízo para a comunidade

Para realizar a intervenção do trabalho de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus na UBS, foram adotados os Cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde (BRASIL, 2013a; 2013b), foram impressos estes documentos e deixados na UBS, onde estão todos os outros Cadernos de Atenção Básica para que fossem utilizados por toda a equipe de saúde.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde foi monitorada e avaliada, mantemos as informações do SIAB atualizadas, implantada a ficha de acompanhamento, pactuada com a equipe de saúde o registro das informações. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos. Foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar e a não realização de estratificação de risco cardiovasculares.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e a ficha espelho disponibilizada para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos, em cada reunião da equipe. A cada semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e

os dados contidos nas fichas foram digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pela médica da equipe de saúde da UBS.

Todo usuário hipertenso ou diabético que procurou a unidade básica de saúde com queixa de quadro agudo foram atendidos no mesmo dia e disponibilizado vagas para esses atendimentos.

Os usuários com HAS e DM foram acolhidos na UBS por alguns dos profissionais da Unidade Básica de Saúde já que não temos recepcionista e encaminhados para o consultório da técnica de enfermagem que fez a aferição dos sinais vitais (pressão arterial, batimentos cardíacos, frequência respiratória, saturação de oxigênio), hemoglicoteste, peso corporal, altura de cada paciente, e os dados foram registrados no prontuário eletrônico do usuário hipertenso ou diabético. Os dados da avaliação de risco cardiovascular, exame clínico, (exame físico completo, peso, altura, avaliação da cavidade oral, ausculta cardíaca e pulmonar, pele e pés), foram registrados pela médica nas consultas, o exame complementar foi solicitado e avaliado pelos médicos da UBS.



Figura 3 Fotografia de profissionais da UBS de São Valentim do Sul realizando exame para rastreamento de usuários portadores de HAS e/ou DM

Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiam se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões da equipe, realizadas nas segundas

feiras, e foi feito um cronograma para que esses usuários pudessem ser avaliados nas visitas domiciliares pela enfermeira e pela médica da equipe de saúde em concordância com o coordenador a Unidade Básica de saúde.



Figura 4 Fotografia de profissionais da UBS de São Valentim do Sul realizando Visita domiciliar

Nas comunidades foram realizadas atividades de promoção da saúde, relacionada com as doenças crônicas não transmissíveis Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e divulgadas pela rádio local.



Figura 5 Fotografia de profissionais da UBS de São Valentim do Sul fazendo atividades com Grupos de usuários hipertensos e diabéticos - estímulo a atividade física.

Foram realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde no cadastro de usuários hipertensos e diabéticos e sobre os dados da intervenção em geral.



Figura 6 Fotografia de profissionais da UBS de São Valentim do Sul reunião de equipe.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto da intervenção foram desenvolvidas com sucesso, com o auxílio de toda a equipe de saúde da UBS.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As principais dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram usuários que não estavam cadastrados no registro da UBS e possuíam dados incompletos nos prontuários individuais. Mas realizamos com sucesso o fechamento das planilhas de coletas de dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação das ações previstas no projeto terá continuidade como rotina. Mesmo com a finalização do curso, serão revisados os prontuários individuais dos usuários hipertensos e diabéticos de forma sistemática para avaliação clínica, conforme estabelece o protocolo do Ministério de Saúde. Solicitaremos exames complementares a cada 6 meses dos usuários hipertensos e diabéticos, manteremos a busca ativa de pacientes acamados para visita domiciliar, realizaremos a avaliação clínica em cada consulta e permaneceremos realizando atividades de promoção e orientação de saúde pela equipe nas comunidades aos usuários hipertensos e diabético

4 Avaliação da intervenção

A avaliação da intervenção é o primeiro momento da Unidade 4 do Curso e contribuiu para desenvolver verificações e análises envolvendo aspectos pertinentes da Atenção Básica contextualizada na intervenção e os enfrentamentos oportunizados durante a execução das atividades nas doze semanas de intervenção, considerando as especificidades da Turma 8 e do acompanhamento do Programa Mais Médicos.

4.1 Resultados

Este tópico tem como finalidade expor os resultados do desenvolvimento do Projeto de intervenção, que proporcionou a melhoria da qualidade da atenção proporcionada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Valentim do Sul, no município de Valentim do Sul/RS. Conforme informações do último cadastro populacional, a UBS conta com uma população total de 2.168 pessoas, tendo estimado pelo CAP que 484 sejam usuários com hipertensão e 138 com diabetes. Na UBS temos a informação de 320 usuários com HAS e 50 com DM. Porém não sabemos se esses dados são fidedignos, devido à falta de registros atuais, dentre outros problemas que dificulta conhecermos os valores reais da população. Por isso, decidimos utilizar os valores estimados do CAP.

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

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Visando atingir o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área adstrita da UBS do Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Dessa forma, com relação aos hipertensos conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 93,2%. No primeiro mês foram cadastrados 125 hipertensos (25,8%), no segundo mês 246 (50,8%), no terceiro mês 451 (93,2%) como mostra a figura 7.

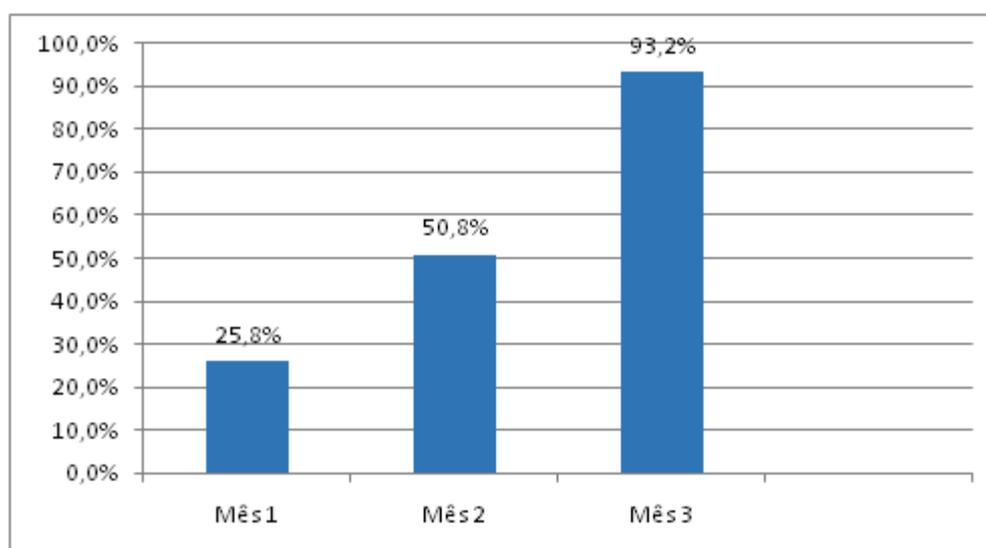


Figura 7 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de São Valentim do Sul/RS, 2015.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Com relação aos usuários com diabetes, alcançamos ao final da intervenção, uma cobertura de 57,2%. Pois no primeiro mês do projeto, foram cadastrados 16

usuários com diabetes (11,3%), no segundo mês 33 (23,9%), no terceiro mês 79 (57,2%).(Figura 8)

Conforme mostra nos gráficos, acreditamos que não alcançamos a meta de cobertura proposta de 100%, porque a intervenção acabou sendo desenvolvida em apenas três meses e não mais em quatro meses, como inicialmente havia sido proposta pelo Curso de Especialização, devido aos ajustes no cronograma do curso. Entretanto, esteve bem próximo de alcançar a meta proposta. Para melhorar esses indicadores, a equipe dará continuidade as ações propostas na intervenção, inserindo as atividades na sua rotina diária de trabalho e em médio prazo a meta de 100% será alcançada.

Pois realizando uma análise da cobertura e o progresso do crescimento mês a mês, podemos observar que houve um aumento na cobertura da população-alvo, ao longo dos três meses, que foi alcançada pelas ações desenvolvidas nos quatro eixos temáticos. Os resultados foram possíveis devido empenho da equipe em geral, pois a reorganização no processo de trabalho da UBS contribuiu muito para a elevação dos indicadores, como o monitoramento e avaliação da cobertura, a sensibilização dos profissionais sobre o acolhimento dos usuários, a importância da realização do cadastramento da população-alvo, a busca ativa pelos ACS, a reorganização da agenda para atender a demanda espontânea e os usuários faltosos, a realização dos grupos de saúde, contribuiu para o sucesso desse trabalho.

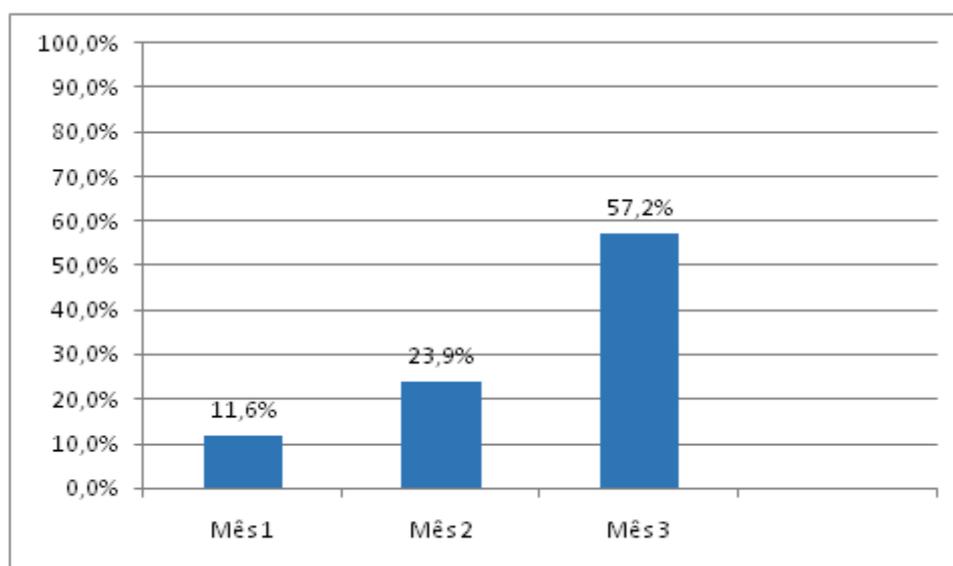


Figura 8 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de São Valentim do Sul/RS, 2015.

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

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

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

Buscando atingir o objetivo de melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta realizar exame clínico em dia de acordo com o protocolo em 100% dos hipertensos e diabéticos. Verifica-se então que no primeiro mês da intervenção 112 (89,6%) usuários hipertensos estavam com exame clínico em dia, no segundo mês 232 (94,3%), no terceiro mês 437 (96,9%), conforme ilustra a Figura 9

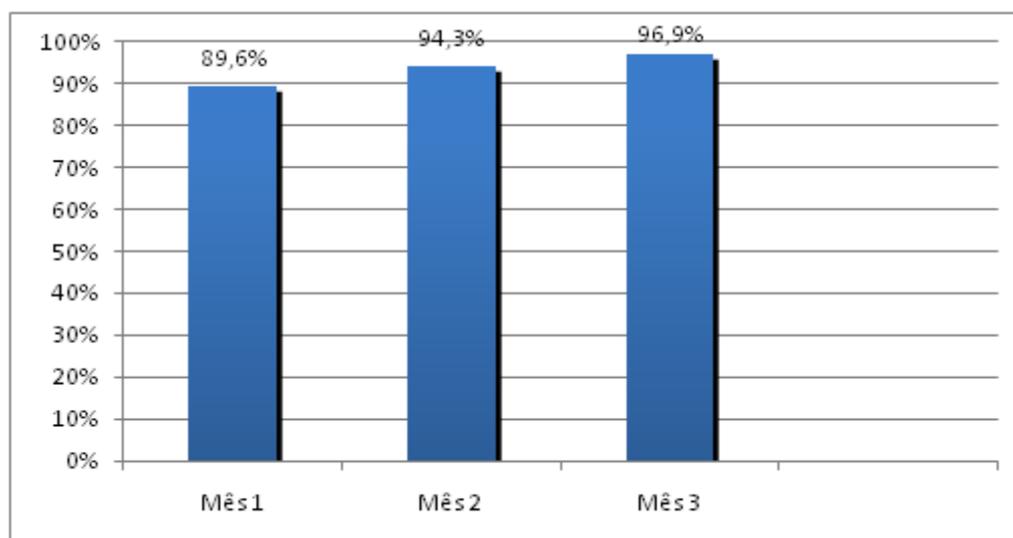


Figura 9 Gráfico Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS de São Valentim do Sul /RS, 2015.

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

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

Com relação aos usuários diabéticos, observamos no primeiro mês da implantação da intervenção 16 (100%) dos usuários estavam com exame clínico em dia, de acordo com o preconizado pelo protocolo, já no segundo mês 29 (87,9%), no terceiro mês 63 (79,7%).(Figura 10)

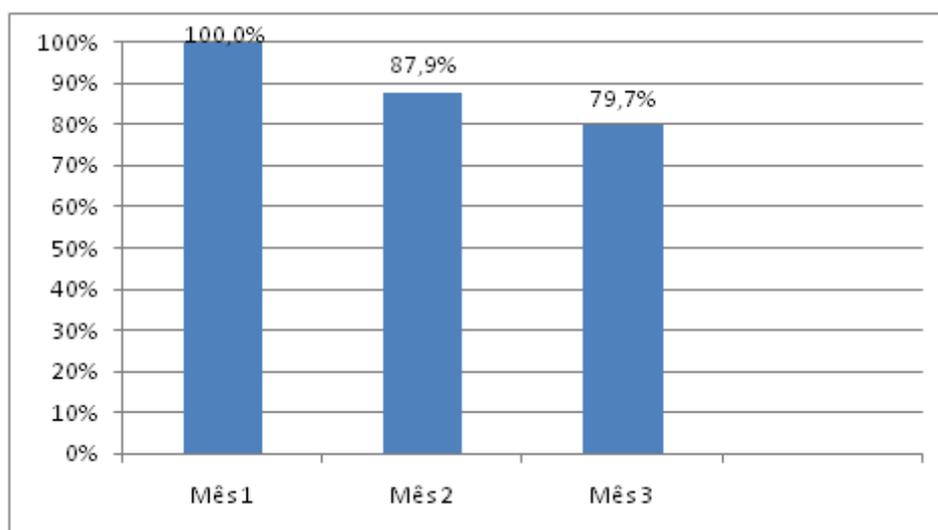


Figura 10 Gráfico Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS de São Valentim do Sul /RS, 2015.

Apesar de não termos alcançado a meta proposta de 100%, avaliamos como um bom resultado para esta ação, já que foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo em mais de 75% dos hipertensos e diabéticos. Tendo em vista que anteriormente esta UBS não contava e nem disponibilizava estes exames para todos os usuários, porém entre conversas com a equipe ficou estabelecida a realização do exame clínico para estes usuários.

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

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

Buscando ainda mais contribuir com a qualidade de atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, foi proposto como meta garantir a 100% destes usuários a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Verifica que em relação aos usuários com hipertensão, que no primeiro mês do projeto de intervenção, 57 (45,6%) dos hipertensos realizaram exames complementares, no segundo mês 70 (28,5%), terceiro mês 104 (23,1%), conforme figura 11.

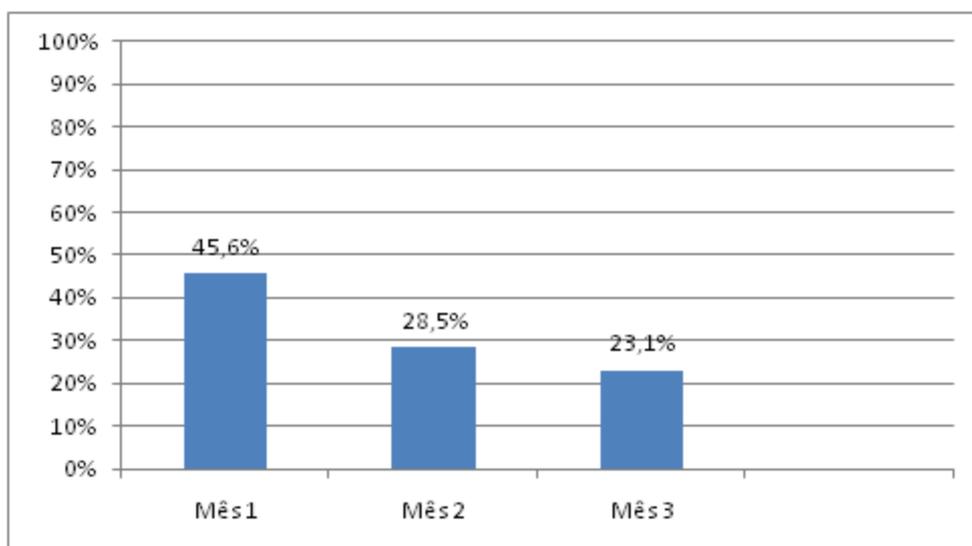


Figura 11 Gráfico Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS de São Valentim do Sul/RS. 2015.

Apesar de não termos alcançados 100% avaliamos como regular resultado para esta ação, já que foi realizado o exame complementar de acordo com o protocolo em mais de 20% dos hipertensos. Infelizmente não conseguimos monitorar o número de usuários que realizaram os exames complementares, conforme o protocolo adotado na UBS.

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

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

Verifica que com relação aos usuários diabéticos, no primeiro mês foi alcançado a meta de 16 (100%) usuários com exames complementares em dia, no segundo mês 33 (100%), no terceiro 79 (100%). Felizmente conseguimos atingir a meta proposta em todos os meses.

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

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

Buscando ainda contribuir com a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, propomos como meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% destes usuários cadastrados e atendidos na UBS. Então no primeiro mês dos usuários hipertensos 125 (100%) dos usuários com hipertensão receberam prescrição destes medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 246 (100%), no terceiro mês 451 (100%).

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

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

Já em relação aos usuários diabéticos, no primeiro mês 16 (100%) dos usuários diabéticos receberam a prescrição dos medicamentos, no segundo mês 33 (100%) e no terceiro mês 79 (100%).

Estes indicadores crescentes são decorrentes de ações realizadas na UBS, como o controle tanto da entrada, como da saída de medicamentos da farmácia

popular, pois anteriormente não tinha esse controle e a farmácia da UBS muitas vezes ficava sem medicamentos por causa desse problema, mas que pouco a pouco foi solucionado com as ações do projeto de intervenção. Fator importante, pois esses medicamentos são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, sendo que a maioria é gratuita ou apresentam preços mais acessíveis para a população.

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

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

Buscando melhorar ainda mais a atenção ofertada aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% destes usuários. Porém, não conseguimos alcançar a meta planejada, mas tivemos resultados bem próximos ao almejado, pois em relação aos usuários com hipertensão no primeiro mês 72 (57,6%) foram avaliados, no segundo mês 157 (63,8%), no terceiro mês 350 (77,6%), como pode ser visto na figura 12.

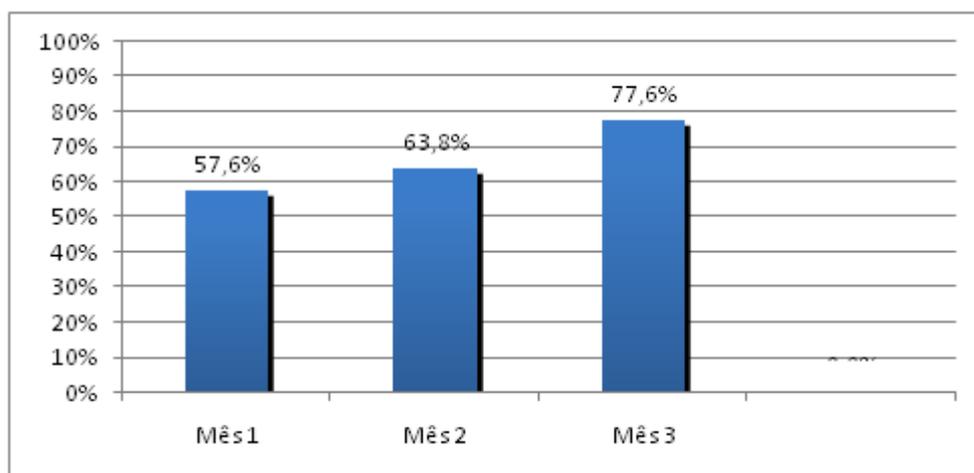


Figura 12 Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS de São Valentim do Sul/RS. 2015.

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

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

Já em relação aos usuários portadores de diabetes, resultou que no primeiro mês foram avaliados 10 (62,5%) diabéticos, no segundo mês 21 (63,6%), no terceiro mês 65 (82,3%), como apresentado na figura 13.

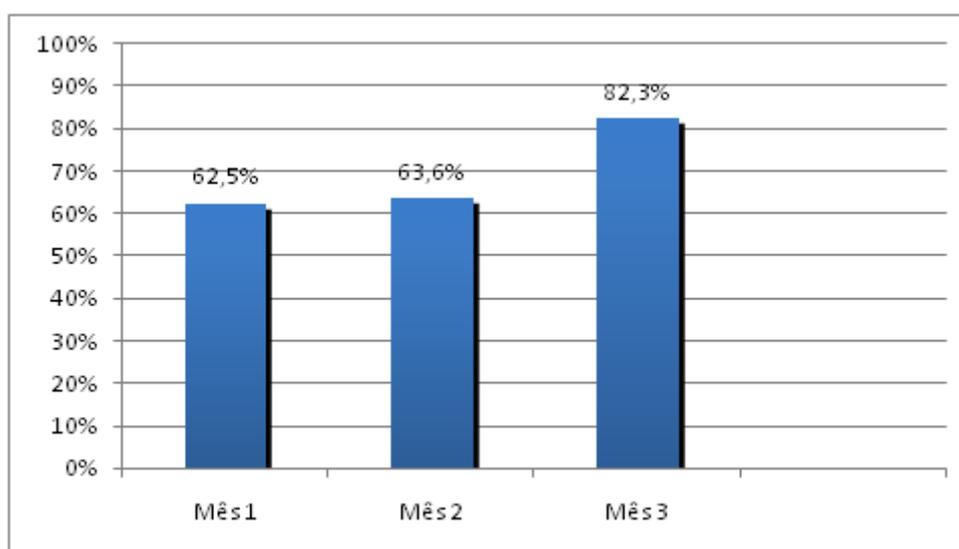


Figura 13 Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS de São Valentim do Sul/RS. 2015.

Apesar de não termos alcançado as metas propostas, tivemos bons resultados. E são decorrentes de que durante todos os atendimentos clínicos eram feitos a avaliação de quais usuários precisavam de atendimento odontológico, pois muitas doenças podem ser agravadas por causa de problemas de má higiene bucal. Esse avanço também deve a parceria firmada com o odontólogo da UBS.

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.

Dentro do objetivo específico de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, as metas visam buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Porém, não conseguimos alcançar a meta planejada, mas tivemos resultados bem próximos ao almejado, pois em relação aos usuários com hipertensão no primeiro mês 26 (83,9%) tiveram a busca ativa, no segundo mês 32 (83,9%), no terceiro mês 32 (88,9%), como pode ser visto na figura 14.

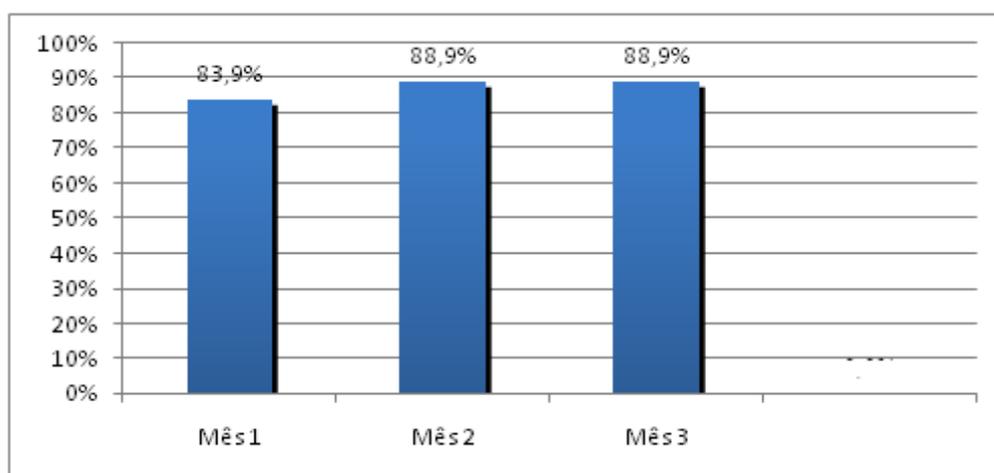


Figura 14 Gráfico Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na UBS de São Valentim do Sul/RS. 2015.

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

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

Dentro do objetivo da Adesão, na meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, com o indicador de proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com

busca ativa, obteve-se, como aponta a Figura 15, no primeiro mês 4 (80%) tiveram a busca ativa, no segundo mês 6 (100%), no terceiro mês 6 (100%). A busca ativa permitiu organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

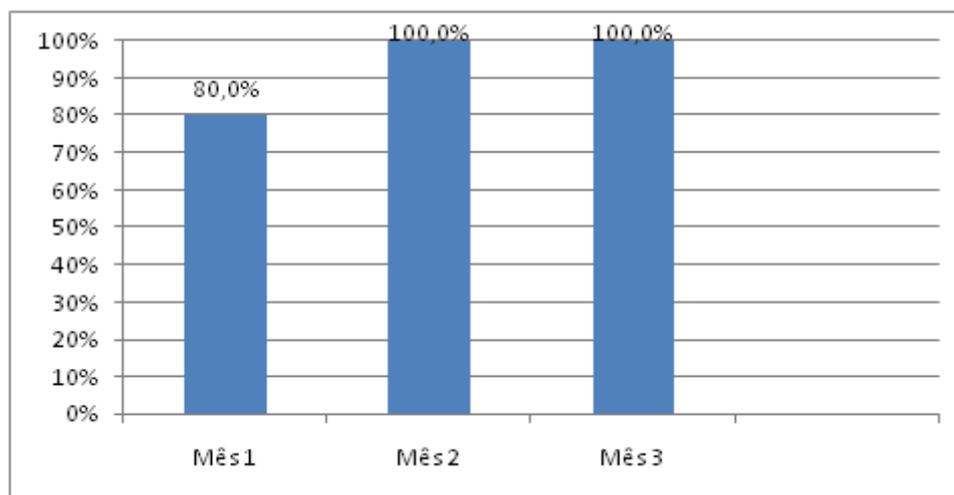


Figura 15 Gráfico: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS de São Valentim do Sul/RS. 2015.

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.

Ainda em busca de melhorar a qualidade dos registros das informações e manter a ficha de acompanhamento, tivemos como meta alcançar 100% do preenchimento das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que são cadastrados na UBS. Foi visto que em relação aos usuários portadores de hipertensão, no primeiro mês 77 (61,6%) estavam com o registro correto na ficha de acompanhamento, no segundo mês 173 (70,3%), no terceiro mês 357 (79,2%). Valores esses próximos a meta proposta de 100%. (Figura 16)

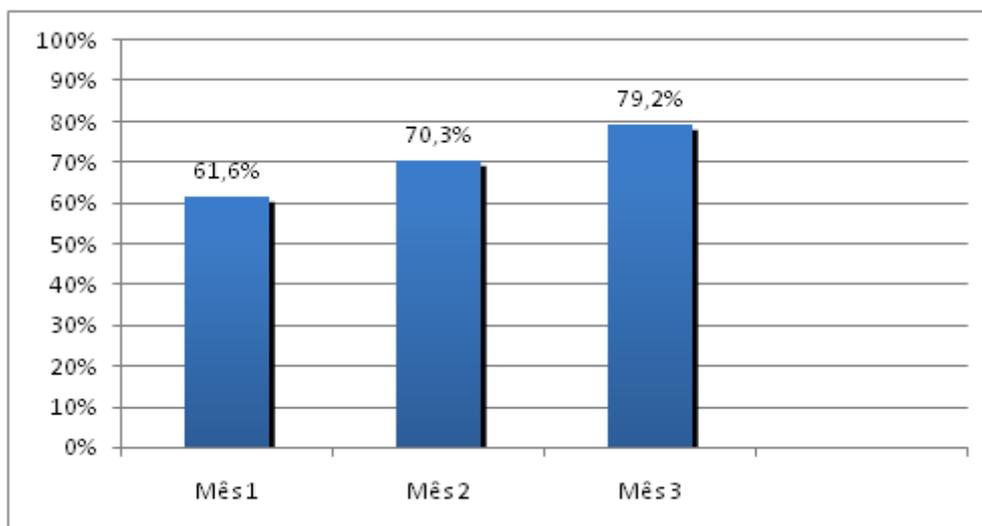


Figura 16 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS de São Valentim do Sul/RS. 2015.

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

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

Com relação aos usuários portadores de diabetes, observa que no primeiro mês, 11 usuários (68,8%) estavam com o registro correto na ficha de acompanhamento, no segundo mês 25 (75,8%), no terceiro mês 68 (86,1%), como apresentado na figura 17.

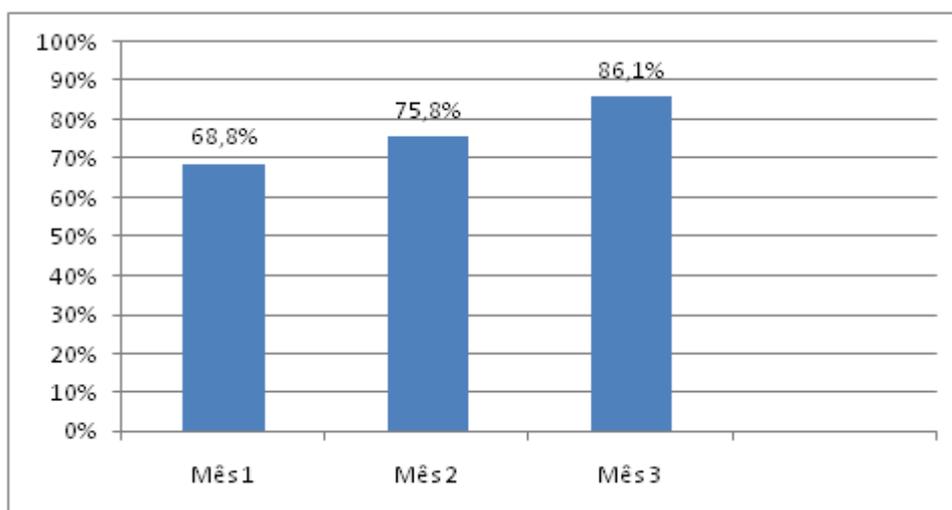


Figura 17 Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS de São Valentim do Sul/RS. 2015.

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.

Com relação ao alcance do objetivo em realizar a estratificação de riscos cardiovasculares, tínhamos como meta alcançar 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS. No decorrer dos três meses de intervenção conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular em um grande percentual dos usuários da população-alvo. Pois em relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês 100 (80%) tiveram a estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês 215 (87,4%), terceiro mês 407 (90,2%), conforme apresentado na figura 18.

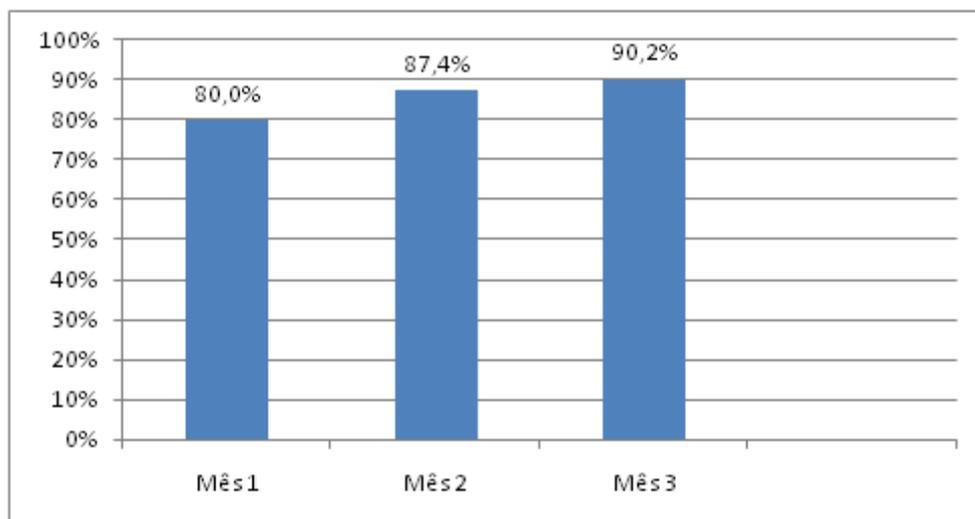


Figura 18 Gráfico: Proporção de hipertensos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBSde São Valentim do Sul/RS. 2015.

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Já com relação aos usuários portadores de diabetes, no primeiro mês conseguimos alcançar 16 (100%) dos usuários cadastrados no programa, a estratificação de risco cardiovascular, já no segundo mês 33 (100%), terceiro mês 78 (99,8%), conforme apresentado na figura19.

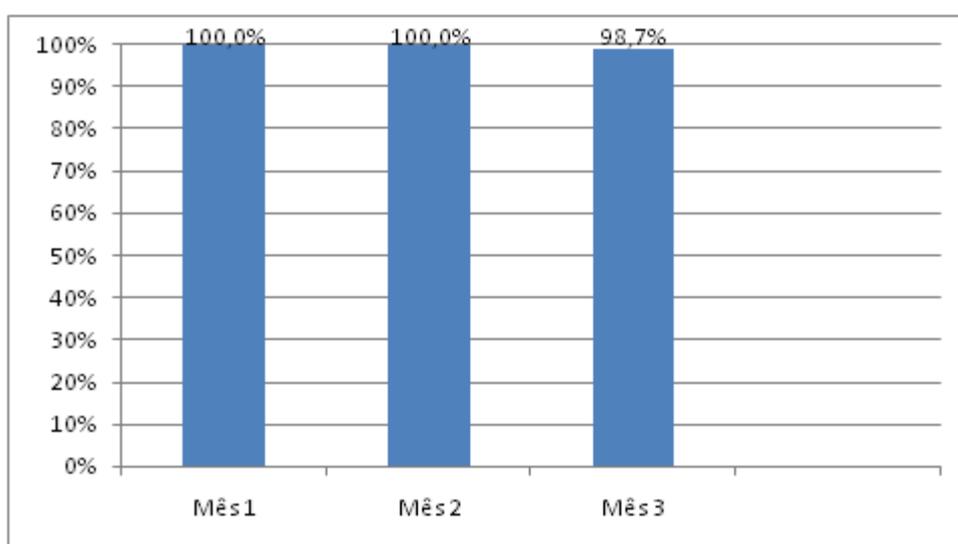


Figura 19 Gráfico Proporção de diabéticos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBSde São Valentim do Sul/RS. 2015.

O número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permite priorizar o atendimento dos cidadãos avaliados como de alto risco. Sendo que os usuários foram classificados segundo o risco cardiovascular em risco leve, médio ou alto e em dependência do risco de cada usuário, era feito o acompanhamento individualizado para cada um.

Além de esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Todos os usuários foram orientados quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Também foi esclarecido para os usuários e comunidades, em consultas clínicas, palestras e grupo de hipertensos e/ou diabéticos, o quanto é importante o controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, prática de atividade física, redução do consumo de etilismo e tabagismo).

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Nossa última meta, mas não menos importante foi promover a saúde de hipertensos e diabéticos que é tão importante na vida do ser humano, pois não adianta fazer o tratamento medicamentoso e não cuidar da alimentação e praticar exercícios físicos, garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo. Foi proposto como meta atingirmos 100% destes indicadores de qualidade, e nestes três meses de intervenção conseguimos cumprir a meta proposta, que foi a realização das orientações a 100% destes usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes.

Infelizmente não conseguimos atingir a meta proposta, na proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Sendo que no primeiro mês 124 (99,2%) usuários hipertensos receberam orientações sobre saúde bucal, no segundo mês 242 (98,4%), terceiro mês 447 (99,1%), conforme apresentado na figura 20.

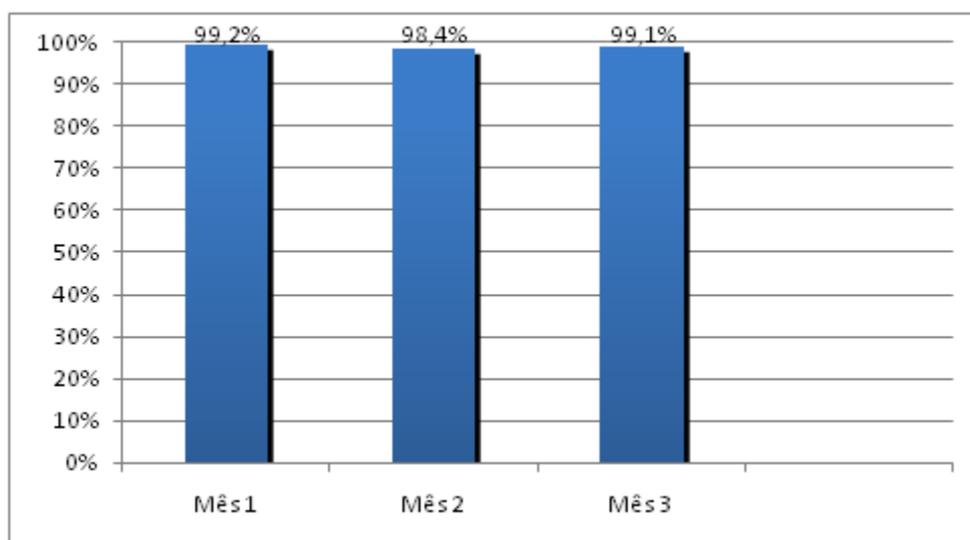


Figura 20 Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre saúde bucal na UBSde São Valentim do Sul/RS. 2015.

Já os usuários diabéticos, no primeiro mês 16 (100%) usuários receberam orientações sobre saúde bucal, no segundo mês 32 (97%), terceiro mês 78 (98,7%), conforme apresentado na figura 21.

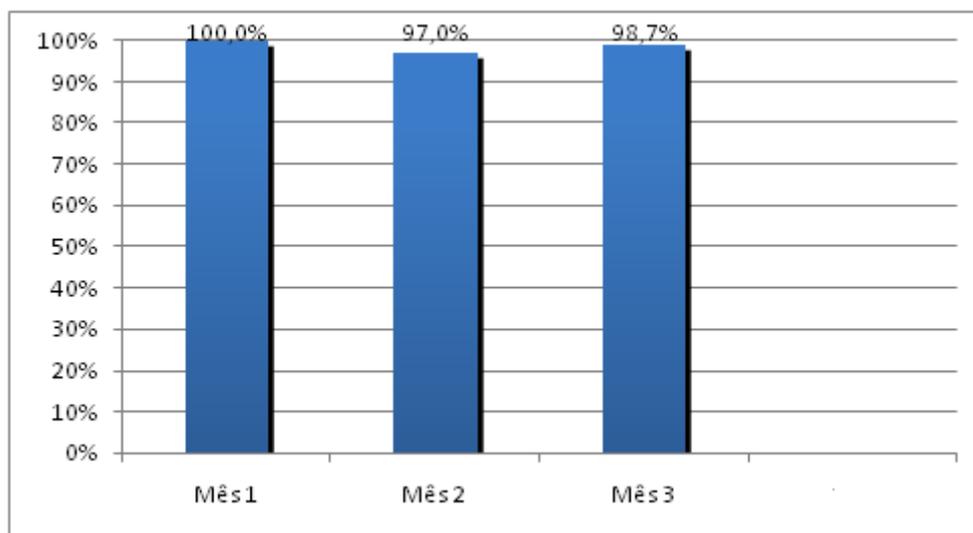


Figura 21 Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre saúde bucal na UBSde São Valentim do Sul/RS. 2015.

4.2 Discussão

Com a intervenção no programa de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos atendidos no Serviço. Assim, foi cadastrado um número maior de usuários com estas doenças, com as buscas ativas as pessoas faltosos às consultas, foi realizada busca ativa na comunidade. Também, percebeu que melhorou a qualidade de atenção dos usuários cadastrados, realizando-se exame clínico completo e realizando os exames complementares. Desta forma, foi garantido que a maioria dos usuários utilizassem os remédios da farmácia da UBS e da Farmácia Popular. Foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram deles, as fichas de atendimento de usuários hipertensos e diabéticos foram preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, e acompanhamentos segundo seu estado de saúde.

Foram feitas atividades de educação em saúde com objetivo de promover saúde dos usuários com orientação sobre nutrição adequada, prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Dos objetivos propostos em nosso trabalho desenvolvemos apoio para fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis, incorporação da prática de exercício físico sistemático de usuários hipertensos e diabéticos, colaborando para diminuir em alguns e em outros eliminar os fatores de risco associados a essas doenças crônicas não transmissíveis, como hábitos de fumar e álcool.

Neste processo, observou-se o aumento da adesão deles ao programa de hipertensão e diabetes com as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações e, dessa forma, incorporamos a família toda nas comunidades.

A importância da intervenção para a equipe de saúde foi que aumentou mais ainda seus conhecimentos nas doenças de hipertensão e diabetes doenças muito comuns na comunidade, conseguimos organizar melhor o trabalho de forma geral. Cada profissional soube quais são suas atribuições no trabalho com eles, segundo o Ministério de Saúde de Brasil e o que tem que fazer cada uns deles para o cadastramento dos usuários, seguimento, acompanhamento, tratar a doença e suas complicações. Além disto, conseguimos saber quando estão controlados e quando não, saber se tem ou não uma doença cardiovascular ou pé diabético.

Estes elementos permitiram interagir mais com a comunidade, as famílias, o indivíduo doente e oferecer uma melhor educação em saúde, promovendo saúde para todos. Conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população nessas doenças e outras originadas pelas complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias e doenças cerebrais, entre outras, e, em geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento destes usuários da área da abrangência da UBS. Isto foi considerado um passo de avanço num melhor trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e outros gestores da comunidade.

Conseguimos uma integração do trabalho de toda a equipe durante a intervenção, importante para o serviço no atendimento destes usuários. Com isto, melhorou a organização, já que foram agendados os atendimentos dos usuários porque eles tinham por costume chegar e receber os medicamentos na farmácia da UBS. E, com o agendamento, sabem quando tem que voltar de novo, porque tem

que vir às consultas de acompanhamento, importância de comparecer sempre as consultas para um melhor controle da doença.

A comunidade, de forma geral, não tem muito conhecimento ainda sobre a intervenção, só aqueles familiares dos usuários hipertensos e diabéticos que foram visitados. Mas, o principal líder da comunidade tem conhecimento da intervenção e colabora para a ampla divulgação na região.

A intervenção não fez que existissem problemas durante o atendimento dos outros usuários na UBS no momento das consultas, porque os usuários da população alvo foram agendados nas consultas de forma organizada, distribuídos nos dois turnos de trabalho da UBS.

E se eu fosse realizar a intervenção neste momento faria diferente. Isto é, após ter realizado reuniões com a equipe e os gestores, seria feita uma reunião com toda a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS, assim todos saberiam sobre a intervenção e contariam com ajuda deles e, assim, haveria mais incorporação de usuários nossas atividades da intervenção.

Em relação com a viabilidade de incorporar a intervenção na rotina do Serviço, devo afirmar que o programa já estava sendo feito na UBS, só que com poucos usuários. Agora, estão aumentando a quantidade de usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. Por enquanto, continuamos com o trabalho e acompanhamento deles até alcançar 100% com atendimento na UBS e, assim, num futuro melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço será aumentar mais a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, incorporar toda a comunidade no programa de hipertensão e *diabetes mellitus*, realização de palestras e atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim como criar outros grupos com a finalidade de integrar mais aos diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

A equipe da UBS de São Valentim do Sul, foi envolvida na realização de um trabalho de intervenção em Atenção Básica na população-alvo portadora de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na respectiva Unidade de Saúde. Nosso objetivo principal foi melhorar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. Nós adotamos o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013, que são protocolos do Ministério da Saúde. A atividade de intervenção foi realizada no período de três meses em conjunto com a comunidade e dirigida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade de Saúde foi monitorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção, na organização e gestão do serviço foram propostas cinco ações e cumpridas. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos, assim como foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe da semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da Unidade de Saúde, cadastrando no total 470 usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes com mais de 20 anos de idade que sofrem destas doenças.

Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiram se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões da equipe feitas nas segundas-feiras.

Também, foram realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos cadastros de usuários e/ou usuárias hipertensas e diabéticas e sobre os dados da intervenção em geral.

No projeto de intervenção, traçamos objetivos, metas, ações e indicadores para avaliação da cobertura de usuários hipertensos e diabéticos. As ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido.

Durante a intervenção não foi atingida a cobertura de 100% do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na UBS. Os hipertensos cadastrados foram 451(93,2%) e usuários diabéticos foram 79 (57,2%).

A intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde, obtendo os resultados seguintes: Todos os usuários atendidos hipertensos e diabéticos tiveram a ficha de acompanhamento preenchida; Foi garantida a realização dos exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos, tais como hemograma, glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicosilada, ureia, creatinina, ácido úrico, colesterol e triglicerídeos. Todos os usuários atendidos na intervenção, tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; Foi garantido o atendimento odontológico na UBS aos usuários que precisaram realizar atendimento com o dentista. No último mês da intervenção foram acompanhados 350 (76,6%) usuários hipertensos e 65(82,3%) diabéticos. Usuários faltosos tiveram a busca ativa realizada, foi feita a estratificação do risco cardiovascular e foram classificados em baixo, moderado ou alto risco. E, aqueles que tinham mais risco, tiveram maior número de consultas planejadas e acompanhamento com especialista.

Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos em usuários hipertensos e/ou diabéticos, garantida as atividades de orientação nutricional de alimentação saudável, assim como importância sobre realização de atividades físicas, os danos do tabagismo, e de ter uma saúde bucal adequada.

Resumindo, com a intervenção no Programa de diabetes mellitus e hipertensão arterial em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na UBS, o cadastramento foi possível através da busca ativa de pessoas faltosas às consultas e pesquisa ativa

na comunidade. A intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção aos usuários cadastrados por meio da realização de exames clínicos completos, realização de exames complementares, prescrição de tratamento com os medicamentos disponíveis na UBS e na Farmácia Popular. Conseguimos aumentar a adesão deles ao programa com todas as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações.

A intervenção propiciou à Equipe de saúde aumentar mais seus conhecimentos sobre estas doenças, organizar melhor o trabalho com os usuários que sofrem da doença. As atribuições de cada profissional ficaram melhores estabelecidas, sendo que cada profissional sabia quais são suas atribuições segundo os protocolos do Ministério de Saúde com relação ao cadastramento, acompanhamento, tratamento e suas complicações. A Equipe sabe identificar quando estão controlados e quando não e se tem ou não uma doença cardiovascular ou quadro de pé diabético.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, etc.

E, de forma geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários da área da abrangência da UBS.

A Secretaria de Saúde garantiu a impressão dos documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção, assegurando transporte para trasladar-nos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica e, também, garantiram a realização de exames complementares importantes para avaliação dos usuários. Como o apoio da Gestão foi possível propiciar atendimentos especializados com cardiologistas, endocrinologistas, entre outros. Solicitamos porem, a continuidade o apoio da **gestão para viabilizar a implemntação de outros projetos nas demais áreas programáticas que possuem baixas coberturas e também necessidade de qualificação do atendimento.**

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A ESF do município de São Valentim do Sul, realizou recentemente um trabalho de intervenção no período de 3 meses em conjunto com os principais gestores da comunidade e dirigida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência.

Para a realização deste trabalho, chamado de intervenção, foi feito um cronograma de atividades para melhorar a situação de saúde nos usuários hipertensos e diabéticos, atividades como educação em saúde, importância de realizar exercícios físicos, necessidade de assistir às consultas na UBS para acompanhamento destas doenças, importância de assistir ao dentista para manter uma saúde bucal adequada, incluindo todos os danos provocados por o tabagismo.

Nosso objetivo foi ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos proposto na intervenção para melhorar a saúde dos usuários com estas doenças atendidos na UBS, ou seja, aumentar quantidade de usuários que sofrem destas doenças para que recebam atendimento na Unidade de Saúde. Para isto, foi necessário fazer busca ativa deles, cadastrar a maior quantidade. Sabendo que esta doença como a hipertensão arterial, por vezes, cursa de forma assintomática e o usuário ou paciente pode estar apresentando cifras de pressão arterial elevadas.

No final da intervenção foram cadastrados 595 usuários. Destes, foram hipertensos cadastrados 451 (93,25) E, usuários diabéticos foram 79 (57,2%) da área de abrangência de 20 anos de idade e mais.

Os usuários e seus familiares participaram de ações de educação em saúde sobre a hipertensão arterial e diabetes. Aqueles que não conseguiam chegar até o Serviço de saúde foram atendidos nas residências com consultas agendadas pelo

ACS, como, por exemplo, nos idosos acamados e outros menos idosos que tinham dificuldades para locomover até a Unidade de Saúde.

Todos receberam atendimento clínico adequado, foram avaliados nas necessidades de atendimento odontológico. Todos tiveram direito a realização de exames complementares pelo SUS, garantido por a Secretaria de Saúde do Município. Os medicamentos que são utilizados nestas doenças foram oferecidos de graça na Unidade de Saúde e outros, com prescrição médica, foram comprados na Farmácia Popular do Município na mesma cidade.

Foram preenchidos e completados os dados nas fichas individuais de cada um dos pacientes nas consultas da UBS e receberam acompanhamento segundo os protocolos do Ministério de Saúde.

Foi realizada avaliação de risco cardiovascular e, no caso daqueles com maior risco de doenças cardiovasculares ou já com a doença, tiveram atendimento e seguimento com maior número de consultas e visitas domiciliares, assim como também foram encaminhados para avaliação pelo cardiologista.

Foi garantida a orientação nutricional dos usuários nas consultas e outras atividades de educação em saúde, assim como atendimento com o nutricionista da Unidade de Saúde. Também, foi garantida a orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, sobre o tabagismo e sobre higiene bucal.

A comunidade, de forma geral, ainda não tem muito conhecimento sobre a intervenção, mas a intervenção tem enfoque para os familiares dos usuários também e os próprios cidadãos usuários, o que poderia ser melhorado. A intervenção não gerou problemas para os demais pacientes devido que eles foram atendidos fundamentalmente no horário da tarde, no qual tem menor fluxo de demanda espontânea e outros no horário da manhã com consulta de agendamento. Embora a intervenção não tenha sido divulgada nas comunidades, os principais líderes da comunidade tiveram conhecimento dela.

Por enquanto, estão dadas todas as condições para continuar trabalhando no Programa de hipertensão arterial e diabetes na Unidade de Saúde. Para isto, temos que continuar incorporando ações educativas para a comunidade toda, realizando um maior número de palestras com o grupo de hipertensos e diabéticos, com a finalidade de integrar os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao longo do curso procurei me dedicar ao máximo para realizar as tarefas solicitadas e enviá-las dentro dos prazos solicitados, lerem aos materiais disponibilizados pelo curso e realizar aos casos clínicos. Tive muitas das minhas expectativas alcançadas como meu crescimento profissional e pessoal que a pós-graduação. O curso proporcionou um excelente aprendizado com seus materiais oferecidos para realizar os EPCS. A interação no fórum com os colegas e com os orientadores aprimorou nossas ideias e conhecimentos e também nos ajudou nas dúvidas do dia a dia.

Apresentei algumas dificuldades também relativas à equipe e dificuldade em organizar o projeto na UBS, pois a equipe ajudou na intervenção, mais em muitas ocasiões tivemos dificuldades para realizar algumas atividades, devido a mudanças na programação de última hora. Todos os membros da equipe sempre apoiaram e participaram na realização do trabalho.

Os aprendizados mais relevantes para mim foram em relação ao atendimento de crianças e gestantes. Ao iniciar o curso tinha muito medo de atender estes dois grupos em especial, pois nosso dia a dia geralmente é atuar como clínico geral. Ao longo do curso estas inseguranças foram diminuindo, o medo de errar se tornou menor e quando percebi estava atendendo estes dois grupos de maneira mais tranquila. O que me deixou bastante feliz.

Quanto encaminhamentos e exames poderiam ser evitados, quando se conhece os usuários através do vínculo que este profissional desenvolve juntamente com sua equipe. Sei que o aprendizado deste ano carregará ao longo da minha vida profissional e pessoal bem como o respeito a estes profissionais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

COSTA, J.S.D.; BARCELLOS, F.C.; SCLOWITZ, M.L.; SCLOWITZ, I.K.T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M.T.A.. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 88. n. 1, p.59-65, 2007.

CESARINO, C.B.; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A.; GODOY, M.R.; CORDEIRO, J.A.. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arq.Bras Cardiol**, v. 91, n.1, p.31-35, 2008.

ROSÁRIO, T.M.; SCALA, L.C.N.S.; FRANÇA, G.V.A.; PEREIRA, M.R.G.; JARDIM, P.C.B.V.. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq.Bras Card**,v.93, n.6, p.672-678, 2009.

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 Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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 e acompanhados na UBS	95	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 e 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	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	95	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 e acompanhados na UBS	29	85	105	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	Proporção de hipertensos com os exames complementares 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	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	95	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	Proporção de diabéticos com os exames complementares 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 e 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.

Assinatura do declarante