

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rio Pardinho, Santa Cruz do Sul/RS**

Liudmila Cantillo Suarez

**Pelotas, RS
2015**

Liudmila Cantillo Suarez

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rio Pardinho, Santa Cruz do Sul/RS

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS como requisito para aprovação na unidade de análise estratégica.

Orientador: Tatyara Feitosa Sampaio

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S939m Suarez, Liudmila Cantillo

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rio Pardinho, Santa Cruz do Sul/RS / Liudmila Cantillo Suarez; Tatyara Feitosa Sampaio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Quero agradecer primeiramente a minha orientadora Tatyara Feitosa Sampaio por sua ajuda incondicional, em todos os momentos ao longo do curso e por seu papel fundamental em meu crescimento na língua portuguesa.

Agradeço a comunidade por me permitir realizar este trabalho com eles, a minha equipe por seu apoio e dedicação em todo momento.

Resumo

Suárez, Liudmila Cantillo. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rio Pardinho, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul.** 2015. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são as doenças crônicas mais frequentes da população adulta, que quando não apresentam manejo e acompanhamento adequado pode levar a graves sequelas e complicações. A intervenção foi realizada no período de 12 semanas, na ESF Rio Pardinho, Santa Cruz do Sul/RS, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência. Foram realizadas ações nos quatro eixos: qualificação clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação. Realizamos acompanhamento semanalmente dos usuários com sua avaliação multidisciplinar, estratificação dos riscos e as possíveis afetações dos órgãos alvos assim como solicitação de exames complementares. Realizamos capacitações da equipe, palestra a comunidade, cadastramento diário, busca ativa dos faltosos nas visitas domiciliares, consultas médicas e consultas odontológicas. Os principais resultados obtidos foram aumentar a cobertura dos hipertensos 431 (69,2 %) e diabéticos a 130 (73%), realização de exame clínico apropriado em 333 (77,3%) dos hipertensos e 97 (74,6%) dos diabéticos, realização de exames complementares em 333 (77,3%) dos hipertensos e 98 (75,4%) dos diabéticos, quanto ao acesso aos medicamentos na Farmácia Popular logramos 359 (83,3%) para os hipertensos e 111 (85,4%) para os diabéticos. Na avaliação da necessidade de atendimento odontológico, realizamos 278 (64,5%) dos hipertensos e 85 (65,4%) dos diabéticos, respeito à estratificação do risco cardiovascular conseguimos realizar 332 (77%) dos hipertensos e um 98 (75,4%) dos diabéticos, e garantimos a realização de busca ativa a todos os faltosos a consulta, melhoria dos registros, assim como orientação nutricional, pratica regular de exercícios físicos, riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos usuários. A intervenção foi muito importante já que a equipe ganha em conhecimentos e pratica na organização do trabalho diário. Impactou positivamente na vida dos usuários atendidos, pois receberam uma atenção especializada e de maior qualidade, conseguindo melhorar o estilo de vida da população. A comunidade foi beneficiada mediante as atividades desenvolvidas para o conhecimento sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, e outras tarefas relacionadas com esta temática.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão Arterial; Diabetes mellitus; Doenças Crônicas.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	55
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	55
Figura 3	Gráfico: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	56
Figura 4	Gráfico: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	57
Figura 5	Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 6	Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 7	Gráfico: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	59
Figura 8	Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	60
Figura 9	Gráfico: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	61
Figura 10	Gráfico: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	61
Figura 11	Gráfico: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	63
Figura 12	Gráfico: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	63

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEMAI	Centro Materno Infantil.
DM	Diabetes Mellitus
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural.
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica Saúde
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul.
VD	Visitas Domiciliares.

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística	44
2.3.4 Cronograma.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão	66
5 Relatório da intervenção para gestores	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	72
Referências	74
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	75

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, está composto por sete seções:

A primeira contém o relatório da análise situacional, no qual está apresentado um panorama da Unidade de Saúde Rio Pardinho, descrevendo-se detalhadamente como é o funcionamento e estrutura da Unidade.

A segunda seção refere-se à análise estratégica, na qual é apresentado o projeto de intervenção.

A terceira apresenta o relatório da intervenção, contendo informações sobre as ações realizadas, e sua incorporação à rotina do serviço.

A quarta seção apresenta a avaliação da intervenção, planteando os resultados e a discussão do projeto de intervenção.

A quinta e sexta são o relatório da intervenção para os gestores e relatório da intervenção para a comunidade respectivamente.

A sétima e última seção contém uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Estou trabalhando em Santa Cruz do Sul na ESF do Distrito Rio Pardinho. Como UBS foi fundada em 1995 e se transformou em ESF no ano de 2008. A Equipe é formada por uma enfermeira (especializada em saúde da família) um dentista, uma auxiliar em saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, seis agentes de saúde, e uma médica da família. Contamos com NASF e nas sextas há atendimento do pediatra pela manhã. O trabalho na Estratégia é organizado em agendamento de consultas e acolhimentos, estes se iniciaram no ano de 2013. A equipe de saúde bucal começou a exercer suas funções em 2012 junto à escola, no ano de 2013 passou a fazer parte da estrutura física do ESF.

Em termos de estrutura física, a unidade é composta de: 1 sala de vacina, 3 consultórios (médica, dentista, enfermeira), 1 farmácia, 2 banheiros (1 usuários, 1 funcionários), 1 recepção, triagem, 1 ambulatório, e 1 sala dos grupos. A população é em torno de 2790 habitantes, que totaliza 934 famílias. Predominam entre as doenças crônicas a hipertensão com um total de 467 pacientes e a diabetes mellitus com 107 pacientes, pacientes de Saúde Mental são um total de 290 pacientes. Além disso há 10 gestantes, e 28 crianças menores de 2 anos, uma característica específica da ESF Rio Pardinho que tem uma população com um número elevado de idosos.

Todos os meses acontecem os grupos de hipertensos e diabéticos, onde primeiramente é trabalhado o tema do mês com o objetivo de que eles obtenham maior conhecimento sobre as doenças acometidas mediante uma alimentação saudável, fazer uso correto da medicação, prevenir acidentes domiciliares como

quedas, em fim trabalhar com a promoção e a prevenção. Após os integrantes do grupo passam por um atendimento individual e multiprofissional.

Também são realizadas as visitas domiciliares, a área da ESF é composta por 6 micro áreas com 100 % de cobertura das agentes comunitárias de saúde. Por se tratar de uma área de zona rural, difícil acesso e distância entre as casas, a Coordenação das Estratégias disponibiliza o carro uma vez na semana para as VD. A enfermeira e o dentista realizam visitas uma vez ao mês, as técnicas conforme a demanda, e as visitas médicas duas vezes ao mês. As prioridades são para os pacientes acamados, idosos, pós-operatório e com dificuldade de deslocamento.

Os grupos de puericultura e de gestantes acontecem nas terças à tarde uma vez ao mês, são trabalhando temáticas que interessem a eles e logo se faz atendimento individual e multiprofissional com a enfermeira, o dentista e a médica. Estes tem o objetivo para um desenvolvimento ótimo das crianças e da gestação. O planejamento familiar é realizado com consultas de enfermagem e médicas, hoje se tem um total de 236 pacientes em uso de métodos contraceptivos na unidade dentre estes: anticoncepcional injetável mensal e trimestral, oral, preservativo feminino e masculino. Há 2 meses a ESF conta com o grupo de mulheres, que acontece na última sexta-feira, com o apoio da EMATER e a presença das agentes de saúde, o restante da equipe quando possível também participa. Os temas abordados neste grupo são escolhidos pelas participantes conforme a cultura local.

As reuniões internas acontecem às quintas-feiras no período da tarde. O acolhimento (demanda imediata) acontece diariamente e é realizado conforme a classificação de risco. Em relação ao trabalho em equipe, há um bom relacionamento e participação do grupo. A comunidade de Rio Pardinho é de predomínio alemão, com fortes aspectos culturais e regionais, o que de princípio causou certa expectativa, porém com ajuda da equipe está sendo possível resolver esses aspectos. Quanto ao que se percebe da comunidade hoje está havendo uma boa aceitação. Entende-se que somos de culturas diferentes, mas que juntos poderemos construir um cuidado com melhor entendimento da saúde da família.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho em Santa Cruz do Sul, município que tem um total de 125.353 habitantes, e o atendimento do SUS esta organizado em treze ESF e nove UBS, tem disponibilidade do NASF para todo o município assim como de CEO. A atenção especializada tem atendimento tanto particular assim como pelo SUS, além disso, no município com três hospitais, Monte Alverne, que é um hospital geral, Santa Cruz, que é referencia em doenças cardiovasculares e Ana Nery, hospital referencia em doenças oncológicas, os três tem atendimento particular como pelo SUS.

A UBS em a que trabalho especificamente encontra-se em Rio Pardinho, zona rural, vinculada a Prefeitura, fundada em 1995 transformando-se em ESF tradicional no ano de 2008. Totalmente vinculada ao SUS, além disso, esta vinculada a UNISC e são desenvolvidas atividades de ensino para enfermagem. A mesma oferece dois turnos de atendimento à população em um total de 8 horas de trabalho ao dia, conta com uma área de abrangência definida e seu mapa da área geográfica foi atualizado em 2012, em 2014 cadastrou 100% da população.

A unidade conta com uma equipe de trabalho que esta formada por uma médica da família, um dentista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal, seis agentes de saúde, além disso, contamos com NASF (uma nutricionista, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, e um educador físico) e um pediatra que oferece atendimento todas sextas pela manhã. Todas as quintas-feiras no horário da tarde a partir das 14 horas acontecem às reuniões participando todos os profissionais da equipe, espaço que se aproveita para a construção da agenda e processo de trabalho, discussão de casos e a análise de indicadores e informações em saúde.

Em termos de estrutura física, a unidade é composta de: uma recepção, uma sala de triagem, três consultórios (médica, dentista, enfermeira), uma sala de vacina, uma farmácia, dois banheiros (um de usuários, um de funcionário), um ambulatório, uma cozinha e uma sala dos grupos e reuniões. Na área externa existem desníveis no caminho da porta de entrada da UBS, por onde não podem movimentar-se com segurança os pacientes, conta com uma pequena rampa, mas não tem corrimão, o que põe em perigo os usuários. Contamos com uma sala de espera climatizada, com capacidade para menos de 15 pessoas, de um lado fica o consultório do

dentista e do outro lado à sala de triagem, onde se faz, além disso, agendamento dos usuários, a entrega de medicamentos e onde fica um computador, uma impressora e o armário de uma parte dos prontuários, a outra parte está na farmácia por falta de espaço, nesta sala só há um pequeno corredor para a circulação dos usuários, o que com frequência provoca aglomeração do pessoal e dificulta a movimentação.

Na farmácia não cabe todos os medicamentos, esses tem que ser guardados em caixas em outros lugares da ESF e vão sendo acomodados de acordo com a demanda dos pacientes, atrapalhando assim nosso trabalho. Os consultórios também são espaços pequenos, o consultório médico não conta com mesa ginecológica, mas apesar do espaço reduzido, tentamos fazer o melhor atendimento para os usuários. A sala de vacina fica do lado do consultório médico, os usuários têm que atravessar toda a UBS para chegar a ela, e só divide esses dois espaços uma parede de cartão que não oferece a privacidade auditiva suficiente para os profissionais, nem para os usuários, além de que, essa situação dificulta a climatização do local, e não apresenta bancada com pia.

Existe um ambulatório onde se faz aplicação de medicamentos injetáveis, suturas, curativos, nebulização, lavado do material, já que não contamos com uma sala para cada uma destas funções, pelo que os usuários muitas vezes precisam aguardar um pouco para serem atendidos. Na sala dos grupos e reuniões só temos quadro branco e cadeiras, precisamos de outros recursos para a realização dos grupos e atividades de ensino.

Existe apenas um banheiro para os pacientes de ambos os sexos, que em minha consideração não tem um aceso adequado para eles, além de que também não existe um destinado para deficientes. O banheiro dos funcionários conta com um lavatório e bacia sanitária, local onde também se guarda o material e utensílios de limpeza, já que a UBS não tem salas destinadas para isso. Na cozinha temos mesa de refeição, fogão, geladeira, bancada com pia, lixeira, restrita a funcionários.

Atualmente a UBS não conta com o perímetro suficiente nem as condições adequadas, acredito que uma das soluções imediatas seria a subprefeitura da comunidade contribuir com o restabelecimento dos desníveis do caminho, cortar a grama, etc., que constituem barreiras arquitetônicas, assim como tentar incorporar a comunidade nestas tarefas já que não tem até agora nenhuma participação nestes temas. Dentro do posto não tem muito que se pode fazer na estrutura que tem, a

equipe orienta os usuários, em quanto à sala de triagem se explica que por questões do espaço devem aguardar na sala de espera e se passam de um em um para que não se aglomerem no corredor atropelando assim o atendimento.

São feitos muitos encaminhamentos na secretaria com bons resultados, mas a esperança é que tudo isso mudará com a construção da nova UBS, com o objetivo de erradicar esses problemas e brindar para nossa população uma unidade mais confortável, que cubra as necessidades de nossos usuários e cumpra com as expectativas deles e de nossa equipe.

Quanto às ações desenvolvidas em nosso trabalho posso dizer que a equipe toda da UBS participa do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando os indivíduos, grupos e famílias expostas a riscos, assim como os grupos de hipertensos, diabéticos, de grande importância para uma melhor realização do trabalho posterior com eles. Realizamos pequenas cirurgias e procedimentos, ajudando e evitando assim que a população da área que mora no interior se locomova longas distâncias para fazer estes procedimentos. Além disso, se faz o levantamento das pessoas que precisam de cuidado domiciliar, realizando-se este e onde também participa a equipe toda para realizar um trabalho multiprofissional. Realizam-se curativos, educação em saúde, acompanhamento de problema de saúde, medir a pressão, consulta médica de enfermagem e odontologia, assim como aplicação de medicação oral, trocar sonda e revisão puerperal, procedimentos que a meu entender são necessários para o bem-estar de nossos pacientes.

Nossa equipe tenta em todos os sentidos cumprir com as normas do SUS e sempre que necessário se faz os encaminhamentos a outros níveis, como as especialidades, o pronto atendimento, pronto socorro e internação hospitalar, respeitando os protocolos nas referências, tristemente não é assim com a contra referência para nossa UBS, já que a contra referência não é preenchida e a maioria das vezes os pacientes não sabem explicar que doenças apresentam, nem o tratamento certo que foi indicado, além disso, se utilizam muito por parte dos especialistas os nomes comerciais e não os nomes genéricos dos medicamentos, dificultando assim nosso desenvolvimento no atendimento aos usuários.

A equipe no dia a dia promove a participação da comunidade no controle social, mas acredito que ainda temos que nos organizar e desenvolver outras vias e atividades para melhorar esta participação, já que não logramos ainda ter parceiros

na comunidade para potencializar as ações Inter setoriais, sendo este um dos aspectos a priorizar e resolver. Dos aspectos positivos em nosso trabalho é a existência dos grupos de aleitamento materno, diabéticos, hipertensos, pré-natal, puericultura e saúde da mulher, onde participam em sua realização a equipe toda, com muito sucesso na comunidade pelos resultados obtidos com eles.

A população é em torno de 2.790 habitantes, deles 1.403 homens e 1.387 mulheres, que totaliza 934 famílias, a equipe tem o tamanho adequado para o tamanho da população da área de abrangência. Quanto à atenção à demanda espontânea na minha UBS existe uma equipe de acolhimento coletivo por toda a equipe de saúde, o mesmo se faz na recepção, tanto pela técnica de enfermagem, a enfermeira ou médico, é feito todos os dias e é realizado em todos os turnos de atendimento. O usuário chega e se faz a triagem, é escutada a queixa dele, perguntam-se detalhes que poderiam ser importantes no posterior diagnóstico, em seguida examina e logo direciona para o profissional que irá atender, acolhendo assim todas as necessidades dos usuários que chegam à UBS, na medida de nossas possibilidades, a demora é de 10 até 15 minutos.

Em relação à saúde da criança se faz atendimento de puericultura para as crianças menores de um ano até 23 meses. Os grupos acontecem duas vezes por mês, toda segunda terça-feira do mês para as crianças de 0 a 6 meses, e todas as terceiras terça-feira do mês para as crianças de 6 a 23 meses, no horário da tarde. São realizadas dentro da UBS, participando 100% das mães. Primeiro se faz o grupo onde participa a médica, enfermeira, dentista, nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, ou profissional correspondente à temática a ser tratada, e logo se faz um atendimento individual e multiprofissional com a enfermeira, o dentista e a médica geral. E sempre que finaliza a consulta de puericultura a mãe da criança sai com a próxima consulta programada agendada.

Nas consultas se realiza diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis. A equipe toda trabalha com o protocolo de atendimento produzido pela Secretaria Municipal de Saúde e publicado no ano 2012. Os atendimentos as crianças se registram no prontuário clínico, Caderneta de Saúde da Criança, na ficha de atendimento odontológico e a ficha das vacinas. Existe um arquivo para o registro do atendimento das consultas de

puericultura que é revisado mensalmente pela enfermeira, com o objetivo de detectar crianças faltosas, de risco, além disso, avaliar o programa.

Em todas as consultas a caderneta da criança é preenchida e se conversa com os pais sobre como deve ser uma alimentação saudável, a importância das vacinas. A enfermeira e a médica se encarregam do planejamento, gestão e coordenação do programa, assim como sua avaliação e monitoramento, realizam-se reuniões mensalmente, e se utilizam os prontuários e os registros específicos da puericultura, fazendo um relatório mensal com os resultados encontrados.

O Caderno de Ações Programáticas estima 41 gestantes na área, mas no momento temos na área 17 gestantes apenas, onde todas são acompanhadas pela unidade. Com relação ao puerpério, a estimativa do CAP é que tenha 33 mulheres no puerpério, mas tivemos nos últimos 12 meses apenas 15 puérperas acompanhadas na área. Acreditamos então, que 100% das gestantes e puérperas estão e/ou foram acompanhadas.

Os grupos de gestantes acontecem nas terças à tarde uma vez ao mês, participando 100% das gestantes atendidas na UBS, quanto aos profissionais participam o odontólogo, a enfermeira, médica, e dependendo do tema a tratar participam a nutricionista e a psicóloga, abordam-se temáticas sobre alimentação saudável, o desenvolvimento da gestação, importância das vacinas, cuidado a saúde bucal, cuidados do puerpério e anticoncepção pós-parto, aleitamento materno, sempre tentando que interessem a elas e logo se faz atendimento individual e multiprofissional com a enfermeira, o dentista e a médica, e as gestantes sempre saem da UBS com a próxima consulta programada agendada.

Trabalhamos com o protocolo de atendimento pré-natal e puerpério publicado no ano 2012. Realizam-se ações como diagnóstico e tratamentos de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, saúde mental, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis. No caso de encaminhamento são utilizados todos os protocolos dependendo do lugar que precisem ser encaminhadas, em nosso município existe o CEMAI que trabalha 8 horas no atendimento a crianças e gestantes e o Centro Obstétrico que trabalha 24 horas para aquelas que precisam um atendimento mais urgente.

Os atendimentos as gestantes se registram no prontuário clínico, carteirinha do pré-natal, na ficha de atendimento odontológico, carteira de vacinas, o

atendimento nutricional até o momento se faz mais nos grupos. Em reunião com a nutricionista do NASF solicita uma consulta individualizada para as gestantes com o objetivo de fazer uma avaliação integral e personalizada de cada uma e lograr um melhor controle de sua saúde nutricional.

Mensalmente a enfermeira faz revisão do arquivo dos registros da consulta das gestantes, tarefa na qual estou me integrando, ajudando avaliar a qualidade do programa e detectar problemas que possam estar acontecendo. Mediante o registro específico do pré-natal e o prontuário se faz a avaliação e monitoramento do programa produzindo um relatório mensal com os resultados encontrados.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero o CAP estima que o número de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é 768, temos registros que 628 (82%) estão cadastradas e em acompanhamento na unidade. Na UBS se orientam as mulheres sobre o uso de preservativo nas relações sexuais e os malefícios do tabagismo, são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo de uterino. O exame citopatológico é feito pela enfermeira nos em todos os turnos, conforme agendamento, cuidando das necessidades de realização deste exame também as técnicas de enfermagem e a médica.

Realiza-se rastreamento oportunístico do câncer de colo de útero e também não se conta com o protocolo de prevenção do câncer de colo uterino, acho que devemos insistir em procurar ele para que o atendimento seja feito pelo protocolo como esta estimada. Nossos profissionais investigam os fatores de risco para este câncer em suas consultas e os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, mais não existe um arquivo específico onde se registrem quantas mulheres foram identificadas com exame alterado, ou as que tiveram perda do acompanhamento.

A enfermeira coordena algumas atividades para a prevenção deste câncer, mais não se realizam reuniões nem avaliação e monitoramento do programa. Acredito que deve realizar-se um trabalho mais coordenado com o objetivo de brindar uma atenção de mais qualidade que permita fazer prevenção efetiva do câncer de colo de útero.

Segundo o CAP o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área é 288, das quais 264 (92%) estão cadastradas e em acompanhamento para prevenção do câncer de mama. Na UBS toda sexta de manha são realizadas ações

para o controle de peso corporal e prática de atividade física das mulheres da área de cobertura pelo educador físico, assim como os malefícios do consumo excessivo de álcool. Realizam-se ações para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, realizando-se o exame clínico de mamas e a solicitação de mamografia, todos os dias da semana e acontece em todos os turnos, é feito pela enfermeira e a médica.

Não existe protocolo de controle de câncer de mama na UBS, considero que é uma temática que devemos erradicar e procurar o protocolo para fazer o atendimento sempre guiando-nos por ele. Apesar de não existir o protocolo, no atendimento se investigam os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres atendidas, mas não contamos com um registro que possa apontar quantas mulheres foram identificadas com mamografia alterada e quantas destas mulheres tiveram perda de seguimento. Os atendimentos as mulheres que realizam mamografia são registrados somente no prontuário clínico, não existe nenhum arquivo específico para os registros destes resultados.

A enfermeira se encarga de coordenar as ações de controle do câncer de mama, mas não se realizam reuniões, nem se faz avaliação nem monitoramento das ações de controle do câncer de mama. Tanto o programa para a prevenção do câncer de colo de útero, quanto o programa para a prevenção de câncer de mama se deve trabalhar para coordenar e organizar estes e assim melhorar a qualidade do atendimento para as mulheres que são da área, realizando uma prevenção realmente efetiva.

A população alvo, segundo o CAP é de 623 hipertensos e 178 diabéticos, deles são atendidos 467 hipertensos que representa um 75% da cobertura, e 107 diabéticos para um 60% da cobertura. Aos usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita é garantido que todos recebam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, os malefícios do consumo de álcool e tabaco e a equipe junto ao professor de educação física incentivaram a prática de exercício físico para eles. Do atendimento participam o educador físico, a enfermeira, a nutricionista, o odontólogo, a médica, as técnicas de enfermagem, a auxiliar de consultório dentário e as agentes de saúde, a maioria dos pacientes tem a próxima consulta agendada.

O protocolo de atendimento usado foi produzido pelo Ministério de Saúde no ano 2012 e todos os profissionais o usam. Realizam-se atividades como imunização, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de saúde bucal, mental, alcoolismo,

obesidade, sedentarismo, tabagismo e os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha odontológica, ficha das vacinas.

São realizadas atividades com três grupos de hipertensos e diabéticos que acontecem em dias fixos no mês, onde primeiramente é trabalhado o tema do mês com o objetivo de que eles obtenham maior conhecimento sobre as doenças acometidas mediante uma alimentação saudável, fazer uso correto da medicação, prevenir acidentes domiciliares como quedas, enfim trabalhar com a promoção e a prevenção. Após a atividade, os integrantes do grupo passam por um atendimento individual e multiprofissional e mensalmente se faz um relatório com os atendimentos feitos.

Considero que a UBS tem o trabalho já adiantado a respeito do atendimento a hipertensos e diabéticos, só precisamos criar em nossa agenda um lugar para fazer mais grupos com os pacientes que por questões de espaço e horário não podem participar deles, assim como criar uma estratégia de trabalho que nos permita organizar um arquivo específico para os atendimentos feitos e delimitar dados específicos dos riscos e exame físico.

Em minha área de cobertura o total de maiores de 60 anos é maior que o estimado no caderno de ações programáticas (381), sendo um total de 588 pessoas idosas cadastradas e acompanhadas, destes 333 hipertensos e 77 diabéticos, dessa forma ratifica que a população de Rio Pardinho tem tendência ao envelhecimento e não temos como precisar uma porcentagem de cobertura pelo estimado no CAP, pois ultrapassaríamos 100% de cobertura. Na UBS não existe caderneta de saúde da pessoa idosa, as consultas só se registram no prontuário clínico, a maioria tem seu acompanhamento em dia e se oferecem sempre orientações nutricionais e a importância da prática de atividade física.

Utilizamos um protocolo de 2012 produzido pelo Ministério de Saúde e a equipe oferece para eles imunizações, orientações nutricionais e sobre prática de atividade física, promoção de saúde bucal, de saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo, tentando assim dar o melhor atendimento para eles e garantir uma ótima saúde.

Além disso, utilizamos protocolos para o encaminhamento às especialidades, internação hospitalar, os serviços de pronto atendimento e pronto socorro. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento

odontológico e a ficha-espelho de vacinas, não existe um arquivo específico para o registro de atendimento deles, acho que deveríamos criar uma forma de registro para organizar o trabalho e ter um maior controle das consultas oferecidas.

Na maioria das consultas é realizada avaliação da capacidade funcional global e os profissionais explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco para doenças como HAS, DM e Depressão. Mas acredito que seria ótimo contar na atenção primária com um geriatra que realizasse avaliação com certa periodicidade, logrando assim um atendimento mais completo e integral.

O estatuto do idoso existe na UBS, mas não existe outro programa de atenção ao idoso. Não existem grupos de idosos, outra forma de reunir eles que seria interessante para abordar temas de seu interesse, acho que podemos trabalhar para criar esses grupos. Realizamos cuidado domiciliar, onde participa a equipe toda. Não temos um responsável pelo planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, assim como também não tem quem avalie as ações realizadas para as pessoas idosas, considero que seria importante designar uma pessoa já que ajudaria a organizar nosso trabalho para eles, garantindo a qualidade do atendimento oferecido para esta parte importante e frágil de nossa população.

Minha UBS tem um caminho andado bastante grande já que faz um trabalho importante nos grupos de hipertensos, diabéticos, pré-natal, puericultura, há muito que trabalhar, considera que devemos criar uma forma de registro para guardar os atendimentos de uma forma mais especificada e que nos permita acessar facilmente dados importantes de cada um de nossos pacientes, devemos criar um grupo de idosos e assim fazer um trabalho mais de perto com eles, e trabalhar em outros aspectos já mencionados no relatório, nos que considero devemos melhorar.

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

Compararam-se o trabalho ao início podemos dizer que hoje conseguimos fazer um maior atendimento na demanda espontânea, que se há superado as expectativas da comunidade alemã, melhorando o entendimento com os usuários, realizam-se uma maior avaliação nutricional nas gestantes e assim aos poucos a equipe vai conseguir chegar a oferecer um trabalho de excelência para seus

usuários. O relatório da análise situacional e os questionários foram importantes para analisar as ações programáticas que a unidade desenvolve e conhecer mais a população alvo da nossa área de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O tema da hipertensão arterial e diabetes mellitus são primordiais pela alta incidência na população e pelas graves complicações que estas duas doenças provocam nos pacientes que a padecem, sendo umas das principais causas de morbidade e mortalidade dentro da população. De modo geral, alguns fatores de risco (FR) são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrentes das doenças não transmissíveis, entre eles: hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM), [...]. Mais recentemente, vem sendo enfatizado o risco decorrente da dieta inadequada (consumo inadequado de frutas e vegetais) e da atividade física praticada de forma insuficiente para alcançar benefício cardiovascular. Estes dois fatores de risco situam-se entre os mais importantes para a ocorrência de doença cardiovascular. A HAS e a DM constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representam agravos problemas de saúde pública. (SOARES, 2009, p.17)

Em um trabalho que aborda a Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseado em inquérito de morbidade auto referida, se obtido como resultado o seguinte:

A prevalência de diabetes foi de 5,3%, maior entre as mulheres (6,0% vs. 4,4%), variando de 2,9% em Palmas (TO) a 6,2% em São Paulo (SP). A prevalência de hipertensão foi de 21,6% (21,3; 22,0), maior entre as mulheres (24,4% vs. 18,4%), variando de 15,1% em Palmas a 24,9% em Recife (PE). As prevalências aumentaram com categorias de idade e nutrição. Estimou-se haver no Brasil um total de 6.317.621 de adultos que

referem ter diabetes e 25.690.145 de adultos que referem ter hipertensão.
(SCHMIDTI, 2006, p.1)

Porem considera que trabalhar em sua prevenção, detecção, tratamento e seguimento adequado é muito importante para lograr uma maior qualidade de vida da população, diminuendo assim as complicações, internações hospitalares, e deterioro da saúde dos usuários.

Minha UBS pertence ao município de Santa Cruz do Sul, Distrito Rio Pardinho. Em termos de estrutura física, a unidade é composta de: uma recepção, uma sala de triagem, três consultórios (médica, dentista, enfermeira), uma sala de vacina, uma farmácia, dois banheiros (um para usuários, um para funcionários), um ambulatório, uma cozinha e uma sala dos grupos e reuniões. A equipe é formada por uma enfermeira, um dentista, uma auxiliar em saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, seis agentes de saúde e uma médica da família. Contamos com NASF e nas sextas há atendimento do pediatra pela manhã. Quanto a população é em torno de 2790 habitantes, que totaliza 934 famílias. Predominam entre as doenças crônicas a hipertensão e diabetes mellitus.

A população alvo é de 623 hipertensos e 178 diabéticos, deles são atendidos 467 hipertensos que representa um 75% da cobertura, e 107 diabéticos para um 60% da cobertura. Atualmente não tenho como mediar à adesão quantitativamente, é por isso que queremos fazer a intervenção neste tema para trabalhar estes aspetos estatísticos, e, além disso, saber quantas visitas domiciliares tem que encaminhar para buscar os usuários faltosos, entre outras atividades. Quanto à qualidade da atenção à saúde desta população nossa equipe tenta dar o melhor, trabalhamos para eles todos os dias da semana nos dois turnos, tanto em consultas agendadas como em acolhimento, contamos com grupos de hipertensos e diabéticos que acontecem em dias fixos no mês onde se oferecem palestras sobre temas de seu interesse, contamos com um pequeno grupo que realizam atividade física com o educador físico, se oferecem consultas agendadas e de acolhimento para a demanda espontânea, realizam-se atividades como imunização, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de saúde bucal, mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo, nos grupos que se realizam e nas consultas recebem orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, os malefícios do consumo de álcool e tabaco e a equipe junto ao professor de educação física incentiva a prática de exercício físico para eles.

Essa intervenção é importante no contexto de nossa UBS porque acreditamos que podemos lograr cumprir com a estimativa proposta, a equipe considera que podemos melhorar a quantidade e qualidade do atendimento, e melhorar outras dificuldades que temos como a inexistência de um arquivo específica que nos permita avaliar pacientes faltosos em consulta, que tenham estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, quais têm os exames complementares em dia, o total de pacientes que tem feito o exame físico dos pés nos últimos três meses, além de aumentar a cobertura dos grupos, já que neles não há espaço suficiente para a totalidade destes pacientes, que querem e precisam participar destas atividades, e é um trabalho que nossa equipe pode desenvolver porque temos a governabilidade suficiente para agir no assunto, já que depende de organizar nosso trabalho para criar espaço em nossa agenda para realizar as atividades, além de que temos uma equipe completa em quanto a profissionais, que desejam fazer a intervenção, logrando assim organizar o trabalho, criar uma maior cobertura para o atendimento de hipertensos e diabéticos, identificando melhor os fatores de risco para trabalhar neles, aumentando o número de pacientes que praticam atividade física, e que tenham conhecimentos sobre nutrição saudável, além de que consigam se alimentar adequadamente e com todas estas ações garantir uma melhor qualidade de vida para eles.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Rio Pardinho, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

Meta 2,2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos 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 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Rio Pardinho, no Município de Santa Cruz do Sul.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- ✓ Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- ✓ Detalhamento da ação: Cadastrar grande parte dos pacientes que apresentam HAS e DM da área de cobertura da unidade com a ajuda das agentes de saúde. E criar registro para avaliar e monitorar as particularidades de cada paciente quanto a exame clínico e exames complementares em dia.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

- ✓ Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- ✓ Detalhamento das ações: Revisão periódica dos dados dos pacientes cadastrados no ESF. Responsabilizar a toda a equipe no cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à área do ESF.
- ✓ Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar capacitações periódicas para os integrantes da equipe, e assim garantir um melhor acolhimento para os hipertensos e diabéticos.

- ✓ Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
- ✓ Detalhamento da ação: Revisão periódica dos aparelhos para a medida da pressão arterial e hemoglicoteste, assim como a solicitação em tempo na secretaria dos aparelhos quando fora necessário repõe-los.

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.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar materiais que expliquem aos pacientes a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.
- ✓ Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar palestras explicando a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e sobre a pesquisa de DM em usuários com cifras maiores que 135/80 mmhg.
- ✓ Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.
- ✓ Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar reuniões com grupos específicos como adolescentes, idosos, gestantes, adultos aparentemente saudáveis, para explicar e orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- ✓ Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- ✓ Detalhamento da ação: Aumentar as capacitações para as ACS para o cadastramento periódico de novos casos de HAS e DM na área.
- ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- ✓ Detalhamento da ação: Insistir e avaliar tanto a médica como a enfermeira a realização correta da medida da pressão arterial e o hemoglicoteste.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

- ✓ Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- ✓ Detalhamento da ação: Garantir tanto da médica como enfermeira a realização diária em consulta de exame clínico apropriado para hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo.
- ✓ Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade recomendada.

- ✓ Detalhamento da ação: Garantir a indicação por parte da médica e enfermeira dos exames complementares, com a periodicidade requerida de acordo com o protocolo.
- ✓ Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- ✓ Detalhamento da ação: Entrar em contato periodicamente com a Farmácia popular para conhecer os medicamentos disponibilizados para HAS e DM.
- ✓ Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.
- ✓ Detalhamento da ação: Trabalhar em conjunto com o odontólogo para garantir o monitoramento de hipertensos e diabéticos que precisem atendimento.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

- ✓ Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, além de organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar reuniões para definir as atribuições de cada membro da equipe na realização do exame físico de hipertensos e diabéticos.
- ✓ Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- ✓ Detalhamento da ação: realizar capacitações de seis em seis meses para avaliar nossos conhecimentos.
- ✓ Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- ✓ Detalhamento da ação: Trabalhar em conjunto com o gestor municipal para garantir a realização dos exames complementares definidos nos protocolos.
- ✓ Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- ✓ Detalhamento da ação: Criar ficha de exames complementares para registrar a data de realização dos mesmos.
- ✓ Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- ✓ Detalhamento da ação: Destinar um dia no mês e um integrante específico da equipe para realizar controle de estoque e registrar as necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos.

- ✓ Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e 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: Trabalhar de conjunto com a auxiliar de saúde bucal e odontólogo para realizar periodicamente a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e criar um espaço na agenda para o atendimento dos pacientes que precisem.

Eixo: Engajamento Público.

- ✓ Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, orientarem os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar conversas nos grupos para explicar aos pacientes hipertensos e diabéticos os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas assim como suas complicações decorrentes da HAS e DM, fazer consciência neles sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como a importância da realização periódica dos exames complementares.
- ✓ Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- ✓ Detalhamento da ação: Criar novos espaços de conversa com a comunidade para explicar os riscos e complicações decorrentes de doenças como HAS e DM, da importância de fazer avaliação de saúde bucal periodicamente, assim como seus direitos de aceder na Farmácia Popular.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- ✓ Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar todos os meses capacitações para que a equipe siga o protocolo na hora de indicar exames complementares e realize um exame físico apropriado
- ✓ Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar de seis em seis meses capacitações sobre tratamento de hipertensão e diabetes.
- ✓ Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- ✓ Detalhamento da ação: Acordar semanalmente nas reuniões as melhores vias para o paciente ter acesso aos serviços da Farmácia Popular.

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

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

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

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- ✓ Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- ✓ Detalhamento da ação: Criar um arquivo onde se registre a periodicidade das consultas e escolher um dia no mês para a enfermeira e medica revisar este arquivo.

Eixo: Organização e Gestão do serviço.

- ✓ Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- ✓ Detalhamento da ação: Dedicar uma das visitas domiciliares do mês para a busca ativa dos pacientes faltosos a consulta.

- ✓ Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- ✓ Detalhamento da ação: Criar em a agenda um espaço dedicado para os pacientes faltosos citados em visitas domiciliares.

Eixo: Engajamento Público.

- ✓ Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- ✓ Detalhamento da ação: Em reunião de comunidade dedicar um ponto para esclarecer a importância da realização das consultas.
- ✓ Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- ✓ Detalhamento da ação: Em reunião de comunidade dedicar um ponto para falar sobre a periodicidade com que devem realizar-se as consultas.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- ✓ Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- ✓ Detalhamento da ação: Mensalmente dedicar um dia na capacitação das ACS para a orientação dos usuários quanto às consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

- ✓ Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
- ✓ Detalhamento da ação: Revisar periodicamente a qualidade dos registros dos usuários acompanhados na ESF.

Eixo: Organização e Gestão do serviço.

- ✓ Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.
- ✓ Detalhamento da ação: Determinar uma pessoa que ajude na enfermeira a atualizar as informações do SIAB.
- ✓ Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações e definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- ✓ Detalhamento da ação: Determinar em reunião como se registraram as informações, e quem será o responsável pelo monitoramento dos registros.
- ✓ Ação: 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 da ação: Criar um sistema de registro que viabilize situações de alerta, e determinar um integrante da equipe responsável pela revisão e atualização do mesmo.

Eixo: Engajamento Público

- ✓ Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- ✓ Detalhamento da ação: Esclarecer aos usuários em reunião de comunidade e os grupos seus direitos sobre seus registros de saúde e acesso a segunda via.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- ✓ Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento e procedimentos clínicos em todas as consultas dos hipertensos e diabéticos.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar capacitações de seis em seis meses para a equipe sobre o correto preenchimento todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, assim como dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

- ✓ Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- ✓ Detalhamento da ação: Revisar mensalmente o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Eixo: Organização e Gestão do serviço.

- ✓ Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- ✓ Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
- ✓ Detalhamento da ação: Determinar um dia específico na agenda para atender e priorizar os usuários considerados de alto risco.

Eixo: Engajamento Público

- ✓ Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- ✓ Detalhamento da ação: Determinar que em consulta os usuários fossem orientados sobre seu nível de risco e importância de acompanhamento regular.
- ✓ Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- ✓ Detalhamento da ação: esclarecer para os usuários a importância do controle de fatores de risco modificáveis.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- ✓ Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sobre a importância do registro desta avaliação.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar capacitações de seis em seis meses para a equipe com o objetivo de lograr realizar em cada usuário estratificação de risco segundo o escore de Framingham e registrar em os prontuários esta avaliação,
- ✓ Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- ✓ Detalhamento da ação: Criar estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

- ✓ Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

- ✓ Detalhamento da ação: Determinar que em consulta, durante os grupos e nas visitas domiciliares os usuários recebam orientações nutricionais.
- ✓ Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- ✓ Detalhamento da ação: Determinar que em consulta, durante os grupos e nas visitas domiciliares os pacientes recebam orientações sobre atividade física.
- ✓ Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- ✓ Detalhamento da ação: Determinar que em consulta, durante os grupos e nas visitas domiciliares os usuários recebam orientações sobre os riscos do tabagismo.
- ✓ Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.
- ✓ Detalhamento da ação: Determinar que em consulta, durante os grupos e nas visitas domiciliares os usuários recebam orientações sobre higiene bucal.

Eixo: Organização e Gestão do serviço.

- ✓ Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- ✓ Detalhamento da ação: Abrir um espaço na agenda para práticas coletivas sobre alimentação saudável, aumentando também os encontros com a nutricionista do NASF.
- ✓ Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- ✓ Detalhamento da ação: Dedicar, mas espaços nos grupos para orientação de atividade física, aumentando assim a participação dos usuários no grupo do educador físico.
- ✓ Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" e organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar reunião com o gestor para a solicitação de tratamento do abandono ao tabagismo.

Eixo: Engajamento Público

- ✓ Ação: Orientar hipertensos, diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- ✓ Detalhamento da ação: Aumentar os grupos e assim ter mais espaço para o intercâmbio sobre a importância de uma alimentação saudável, assim como tratar o tema em as visitas domiciliares.
- ✓ Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- ✓ Detalhamento da ação: Falar em reunião de comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, e dar a conhecer o trabalho do educador físico.
- ✓ Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- ✓ Detalhamento da ação: Determinar dar a conhecer em todas as consultas pelos usuários à existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- ✓ Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- ✓ Detalhamento da ação: Determinar dar a conhecer em todas as consultas pelos usuários sobre a importância da higiene bucal.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

- ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar capacitações de seis em seis meses para a equipe sobre práticas de alimentação saudável.
- ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar capacitações de seis em seis meses para a equipe sobre metodologias de educação em saúde.
- ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar capacitações de seis em seis meses para a equipe sobre promoção de prática de atividade física regular.

- ✓ Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- ✓ Detalhamento da ação: Realizar capacitações de seis em seis meses para a equipe sobre tratamento de pacientes tabagistas.
- ✓ Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.
- ✓ Detalhamento da ação: Trabalhar em parceria com o odontólogo para que proporcione capacitações para a equipe sobre orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos:

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

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área da equipe 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 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 3.1: Proporção de Hipertensos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

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

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Na realização da intervenção utilizaremos o Protocolo do Ministério da Saúde para HAS e DM do ano 2012. Vamos conformar uma ficha espelho, para coletar os indicadores necessários, além de utilizar o prontuário eletrônico disponibilizado em

nossa ESF. Nosso principal objetivo é cadastrar 90% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Para a realização do registro específico do programa, a médica em conjunto com a enfermeira localizará os prontuários dos hipertensos e diabéticos que realizarem consulta na ESF nos últimos três meses, transcrevendo as informações necessárias para a ficha espelho.

Cada semana a médica e enfermeira revisaram as fichas espelho para determinar os usuários que tem consultas atrasadas, exames laboratoriais atrasados, os que precisem atendimento odontológico, os usuários que não tenham avaliação do risco cardiovascular, e a qualidade dos registros. As agentes comunitárias faram a busca ativa dos usuários faltosos, e uma das visitas domiciliares da médica serão para a busca dos usuários faltosos também, disponibilizando duas consultas ao dia para estes pacientes, que totalizariam 32 consultas no mês.

Quanto ao acolhimento se acolhera toda a demanda espontânea dos usuários hipertensos e diabéticos que venham á consulta com problemas agudos. Será responsabilizada uma das técnicas de enfermagem para a revisão de 15 em 15 dias dos aparelhos para a medida da pressão, assim como a disponibilidade do material para a realização do hemoglicoteste, além de realizar capacitações toda a segunda quinta feira do mês para a equipe realizar um exame clínico apropriado, se atualizar sobre os tratamentos de HAS e DM, e avaliação da necessidade de atendimento odontológico e estratificação de risco segundo o score de Framingham, registrar nos prontuários esta avaliação, e criar estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Responsabilizara-se outra técnica de enfermagem para a realização de dois murais educativos, um para a sala de espera e outro para colocar na sala da triagem, que expliquem aos pacientes sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Durante os quatro meses em uma quinta feira no horário da reunião de equipe vamos em conjunto com as autoridades de a comunidade fazer palestra com diferentes grupos da área para orientar sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e sobre a pesquisa de DM em pacientes com cifras maiores que 135/80 mmHg, assim como os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM. Também sobre a importância de fazer

exames e avaliação de saúde bucal periodicamente, assim como seus direitos de aceder na Farmácia Popular.

Vamos criar dois novos grupos de hipertensos e diabéticos para ampliar a cobertura destes e aumentar os espaços de conversa para explicar o risco que eles têm de doenças cardiovasculares e neurológicas, assim como trabalhar em parceria com a nutricionista, educador físico e odontólogo para oferecer para eles temas de seu interesse respeito à importância de alimentação saudável, prática de exercício físico e saúde bucal, além de aumentar o número de usuários que assistem ao grupo de prática de atividade física com o educador toda sexta-feira. Em reunião de comunidade duas vezes no ano, dedicar um ponto para esclarecer a importância da realização das consultas e sobre a periodicidade com que devem realizar-se as mesmas.

Uma das técnicas de enfermagem vai se responsabilizar para ajudar na enfermeira atualizar as informações do SIAB. As capacitações para a equipe realizara-se de seis em seis meses, no horário das reuniões de equipe, serão oferecidas pela nutricionista, educador físico e odontólogo, tratando sobre alimentação saudável, promoção de prática de atividade física e saúde bucal, aumentando assim os conhecimentos da equipe para logo poder oferecer essas informações para os usuários.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto estava estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Rio Pardinho, no Município de Santa Cruz do Sul. No entanto, devido as férias da coordenadora do projeto e reformulação proposta pelo curso, as ações foram desenvolvidas em 12 semanas.

Nosso trabalho na intervenção iniciou fazendo o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e atualizando os registros dos mesmos. A equipe iniciou o acolhimento dos hipertensos e diabéticos por parte das técnicas de enfermagem, realizando a medida da pressão arterial e hemoglicoteste para o preenchimento da ficha de acompanhamento.

Nas consultas foi realizado o exame clínico apropriado para hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo e monitoramos a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos, para saber assim os que tinham atualizados os exames complementares e quais precisavam de indicação dos mesmos. Nas consultas foram oferecidas orientações nutricionais para uma alimentação saudável, falamos sobre a importância de incorporar à rotina diária a prática de atividade física, os riscos do tabagismo, importância de higiene bucal, e ensinamos sobre seus níveis de riscos, a importância de acompanhamento regular, falamos e explicamos que significa fatores de risco modificáveis e a importância do controle dos mesmos.

A equipe começou as visitas domiciliares com o objetivo de ir procurando os usuários faltosos a consulta. Nos grupos tivemos participação de outros profissionais como a nutricionista, que na primeira semana orientou os pacientes sobre alimentos ricos em ferro e cálcio, com grande interesse por parte dos pacientes pelas novas

informações e conhecimentos que estavam obtendo. A primeira capacitação para a equipe foi sobre verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, que incluía uma capacitação para as ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade, também foi pedido para elas ajuda na sensibilização da comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Foi realizado por parte das técnicas de enfermagem o controle do estoque e a validade dos medicamentos e disponibilizamos a versão atualizada do protocolo para o estudo de toda a equipe, além de mostrar para a equipe como preencher a ficha de acompanhamento. A segunda capacitação para a equipe foi com o objetivo de ensinar como realizar em cada paciente estratificação de risco segundo o escore de Framingham, registrar nos prontuários esta avaliação e criar estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

As ACS foram muito importantes na hora de falar aos usuários sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e sobre a pesquisa de DM em usuários com cifras maiores que 135/80 mmhg. Também definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Na terceira semana foi feita uma reunião com um grupo de idosos e gestantes aparentemente saudáveis, para explicar e orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM. Além de monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, e o odontólogo fez uma capacitação para equipe sobre orientações de higiene bucal.

Na quarta semana fizemos monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Entramos em contato telefônico com o gestor municipal e conversamos sobre a importância de agilizar a realização dos exames complementares de acordo com o protocolo, para nossa intervenção e a qualidade do seguimento dos hipertensos e diabéticos. Revisamos os usuários que tinham ao menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Marcamos aqueles que não tinham, para focar nas próximas consultas a realizar da estratificação.

Foi realizada uma palestra para os moradores do micro área três sobre alimentação saudável e dicas para aprender a se alimentar de forma correta. Nosso

trabalho também foi focado a orientar a comunidade quanto ao direito que eles têm de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e realizamos uma reunião onde fizemos a atualização dos integrantes da equipe sobre o tratamento da hipertensão e diabéticos. No transcurso da intervenção a equipe combinou de aumentar o numero de atendimentos para tentar atingir a nossa meta. Na reunião de equipe foi realizada novamente uma capacitação para continuar os acompanhamento com qualidade à cada usuário, em relação a estratificação de risco segundo o escore de Framingham, registro dos prontuários da avaliação e criar estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Durante a semana número 10 o odontólogo fez uma nova capacitação participando toda a equipe sobre como oferecer orientações de higiene bucal, durante a capacitação ele oferece dicas para os integrantes da equipe sobre como orientar sobre a importância de higiene bucal, a correta escovação etc. A semana número 11 foi de trabalho intenso, quase no final de nossa intervenção, nesta semana se destacou a realização do monitoramento de hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, assim como a oportunidade de aceder aos medicamentos da Farmácia Popular. E foi realizado novamente o controle de estoque de medicamentos assim como de sua validade.

Na ultima semana fizemos a revisão dos pacientes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Na reunião de equipe analisamos o trabalho feito nestes três meses, de forma positiva conseguimos realizar todas as atividades propostas em nosso cronograma e os aspectos negativos foram à dificuldade de trazer os pacientes diabéticos às consultas e que não conseguimos atingir a meta de cobertura que nós havíamos programado. Mas avaliamos a importância de todo o trabalho realizado até aqui e nos comprometamos a dar continuidade ao ritmo adotado com as vistas domiciliares, os acolhimentos e as consultas em nossa prática diária.

Vamos tentar aumentar o número de grupos de hipertensos e diabéticos com a participação e parceria dos colegas do NASF, assim como disponibilizando na agenda um aumento do horário para eles, sem afetar a realização das outras tarefas desenvolvidas pela equipe, além de manter as visitas domiciliares dedicadas na pesquisa dos pacientes faltosos e que não tenham o acompanhamento em dia, com o objetivo de melhorar nossos atendimentos e a qualidade de vida dos nossos pacientes.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

No transcurso da intervenção foram realizadas todas as ações previstas, realizamos ajustes para desenvolver a intervenção em 12 semanas e poder cumprir com o cronograma proposto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta e sistematização dos dados no início sempre existiram dúvidas no preenchimento e organização da equipe para trabalhar em conjunto na hora de coletar os dados. Assim como ao utilizar a planilha de coleta de dados, mas foram resolvidas com a ajuda de nossa orientadora. Foi fundamental também cada semana a realização dos diários da intervenção que foram vivências novas, e suas informações enriqueceram o projeto de forma positiva, acompanhando dessa maneira os aspectos positivos e negativos e íamos tendo como resultados. As fichas espelhos foram também muito importantes, pois desta forma eram agrupadas as informações de cada usuário com maior organização.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações planejadas que foram realizadas no transcorrer da intervenção foram incorporadas na rotina de trabalho da ESF, e queremos dar continuidade as mesmas, para conseguir atingir o 100 % de nossa meta e além dar continuidade ao trabalho organizado que desenvolvemos nessas semanas para continuar melhorando a qualidade de vida dos usuários atendidos e a comunidade em geral.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção tratou sobre melhorar a atenção aos Hipertensos e Diabéticos na ESF Rio Pardinho, município de Santa Cruz do Sul, RS, sabendo que a população alvo é de 623 hipertensos e 178 diabéticos, conforme a estimativa do Caderno de Ações Programática (CAP) utilizado como referência para a definição das metas e planejamento das ações. Na sequência vamos a analisar os resultados avaliando cada um de seus indicadores.

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

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

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

Não conseguimos atingir a meta estabelecida, mas alcançamos bons resultados de cobertura. Conseguimos atender no primeiro mês 19,6 % (122) hipertensos, no segundo mês 38,8 % (242) e no terceiro 69,2 % (431), como mostra o gráfico.

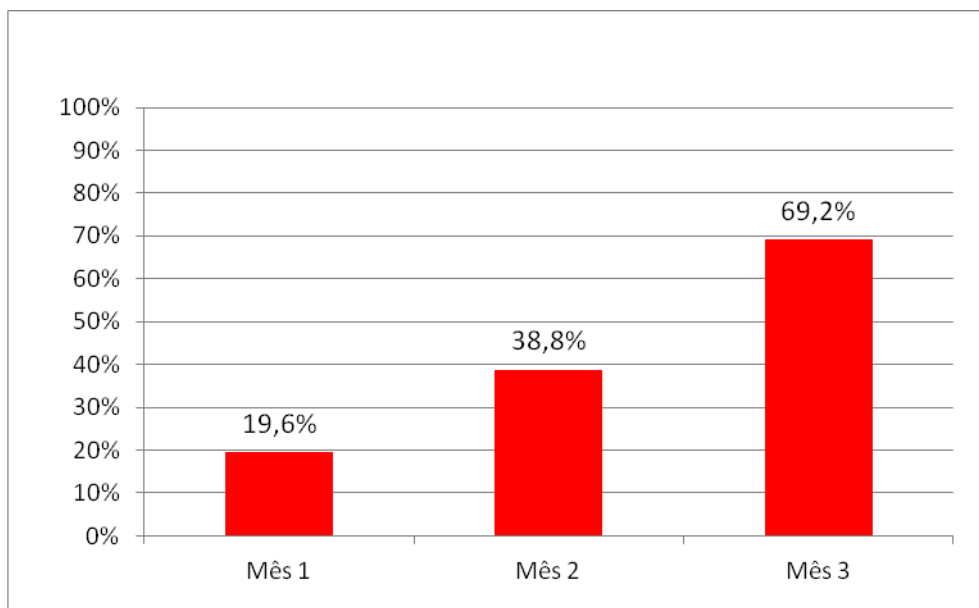


Gráfico 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Os diabéticos aconteceram relativamente parecidos, acompanhamos no primeiro mês 15,2 %(27), no segundo mês 28,1 %(50) e no terceiro mês 73 %(130). Podemos observar essa evolução no gráfico abaixo.

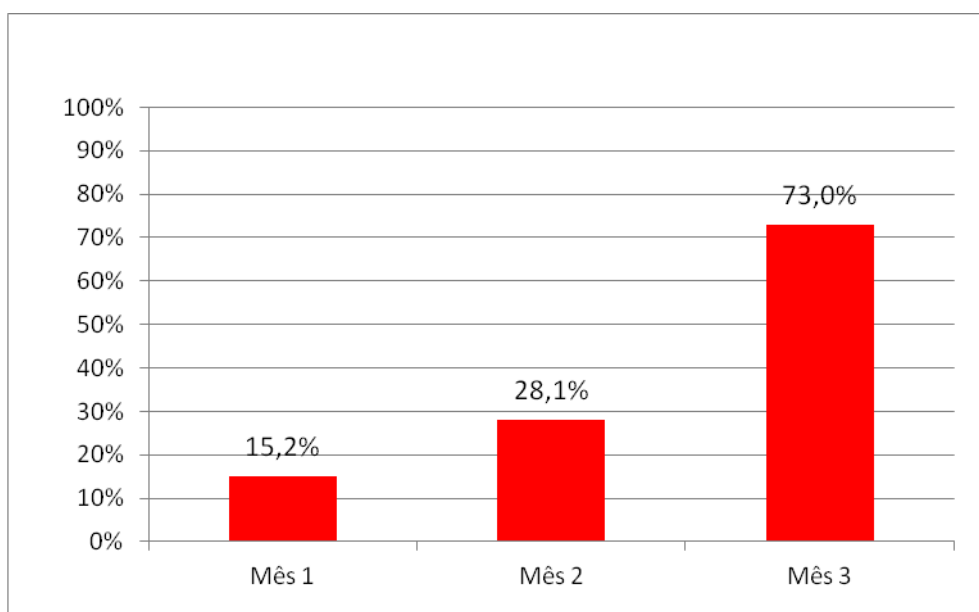


Gráfico 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Podemos dizer que nestes resultados influírem muitos fatores, ao principio no período de adaptação ao trabalho da intervenção e todas suas exigências a cobertura foi baixa, mais no transcurso do trabalho a equipe foi-se adaptando e organizando conseguindo aumentar o numero de cadastros, além de que o tempo da intervenção que estava previsto para 16 semanas foi reduzido há 12 semanas e a programação que tínhamos feito teve que se acertar. Considero que com a experiência adquirida podemos continuar com nosso trabalho e no futuro não só atingir a meta de 90 % se não também alcançar cadastrar o 100 % dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Objetivo de “Melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos realizado na unidade de saúde”, foi executado com muito empenho e obtemos bons resultados, apesar de não chegarmos a meta de 100%, como era estabelecido. Com respeito aos hipertensos com exame clínico apropriado nossa meta era realizar 100%, as tabelas revelam 70,5 % (86) de hipertensos no primeiro mês, no segundo mês 74 % (179) e no terceiro mês 77,3 % (333).

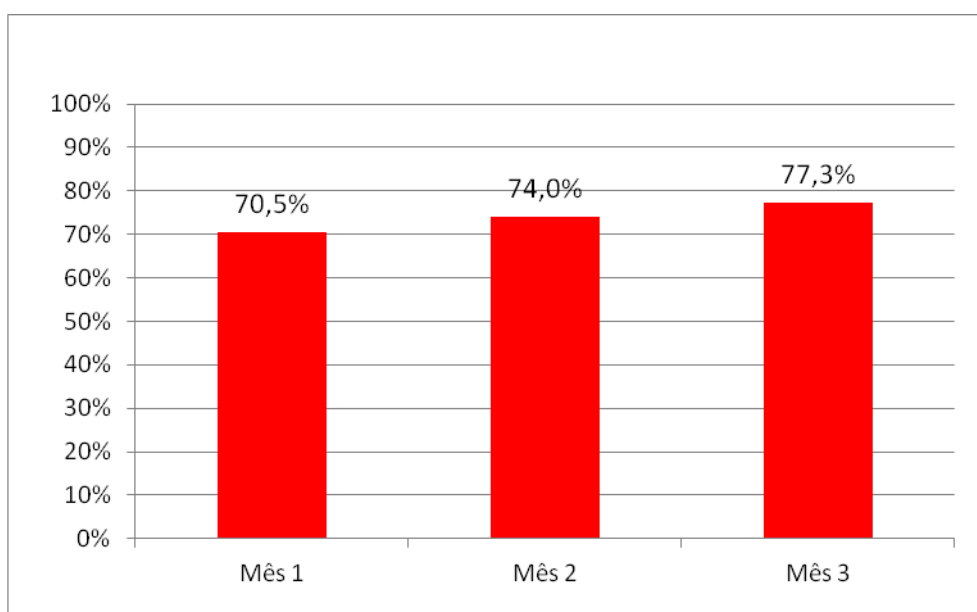


Grafico 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

No acompanhamento dos diabéticos no primeiro mês 74,1 % (20), no segundo mês 72 % (36) e no terceiro mês 74,6 % (97), como podemos verificar no gráfico.

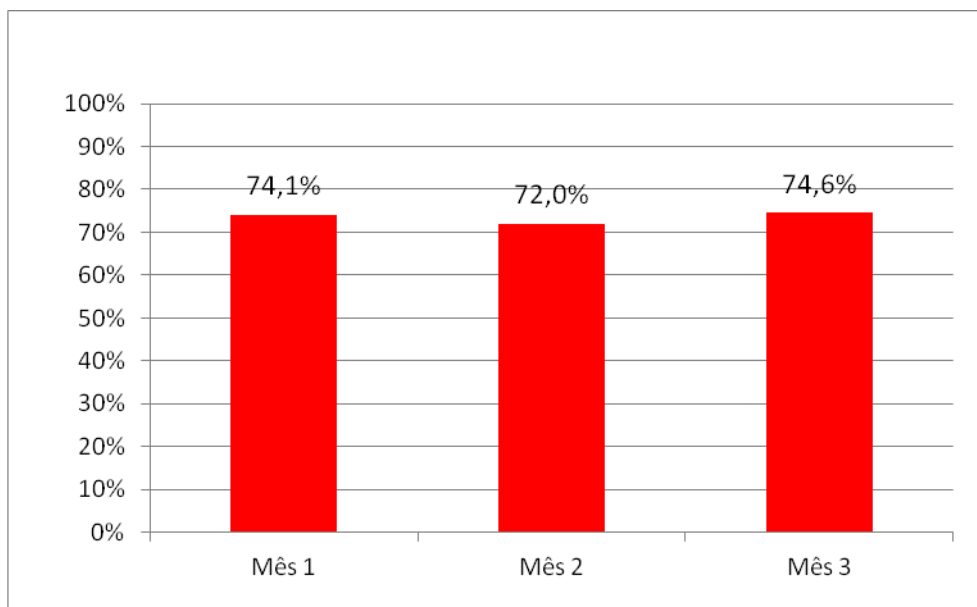


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Neste objetivo não conseguimos atingir nossa meta que era 100 %, porque erramos e marcamos que não estava realizado para aqueles usuários que no momento que chegaram à consulta não tinham exame físico realizado adequadamente e registrado ainda, mas logo foi realizado durante a consulta e vamos continuar trabalhando para atingir nossa meta, tendo o cuidado também de fazer o registro adequadamente a partir de agora.

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.

Com respeito aos exames complementares, às tabelas informam para os hipertensos no primeiro mês, 66,4 % (81), no segundo 73,6 % (178), e no terceiro mês 77,3 % (333).

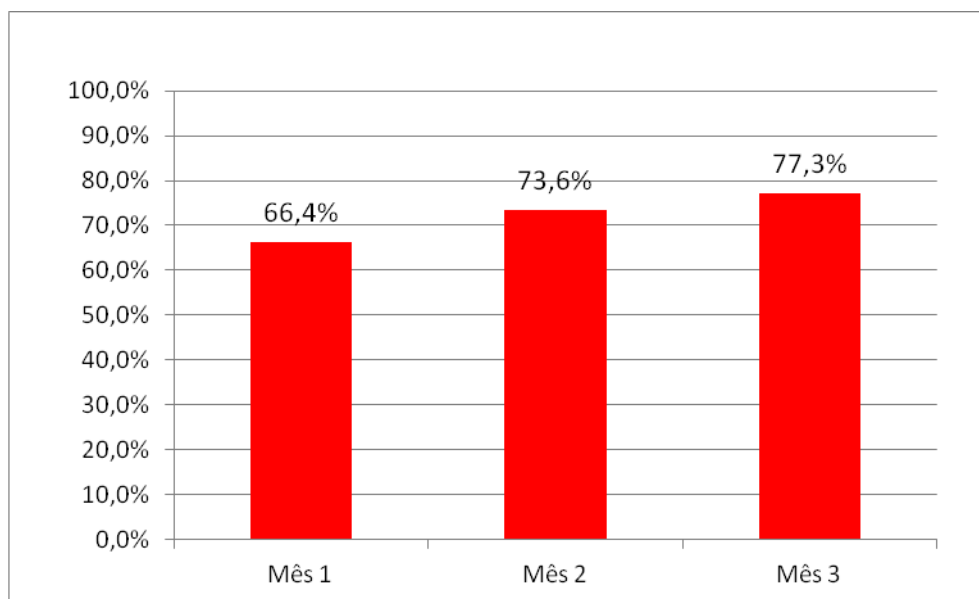


Gráfico 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No acompanhamento aos diabéticos alcançamos 74,1 % (20), 72 % (36) e 75,4 % (98) respectivamente, como se observa no gráfico.

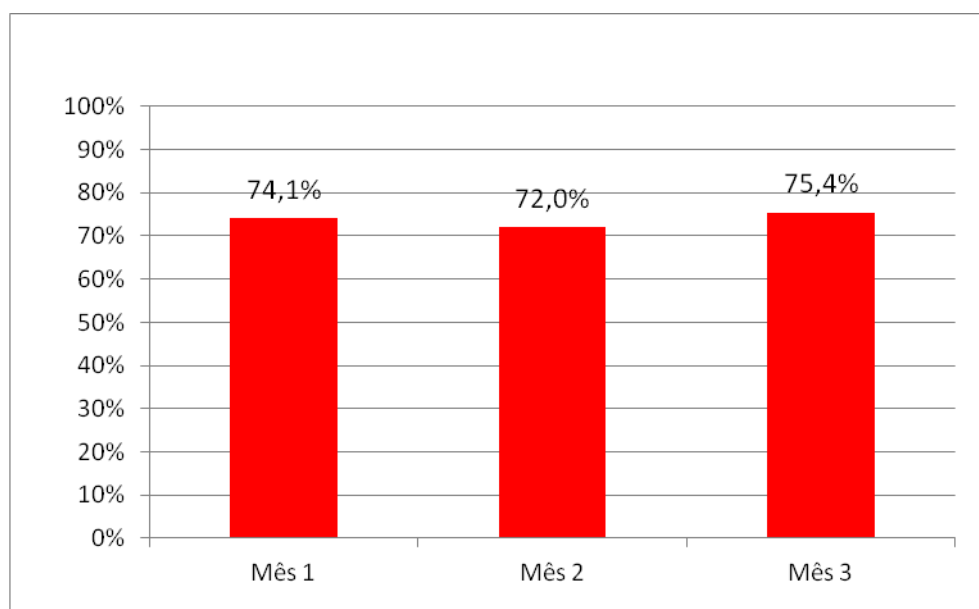


Gráfico 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Estes resultados se devem a que muitos não tinham um acompanhamento adequado, porém a partir do início da intervenção em todas as consultas foram

indicados para todos os pacientes atendidos os exames de acordo com o protocolo, ajudados não só pela quipe, também pela gestão que entendeu a importância da realização dos mesmos para o acompanhamento adequado dos usuários que estavam participando da intervenção, além de que orientamos aos usuários sobre a importância de sua realização.

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.

Para avaliar a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular não conseguimos atingir nossa meta dos 100 %, como mostram as tabelas, para os hipertensos um total de 83,3 % (359) e para os diabéticos um total de 85,4 % (111) apesar de haver iniciado com um 84,4 % (103) e 92,6 % (25) respectivamente.

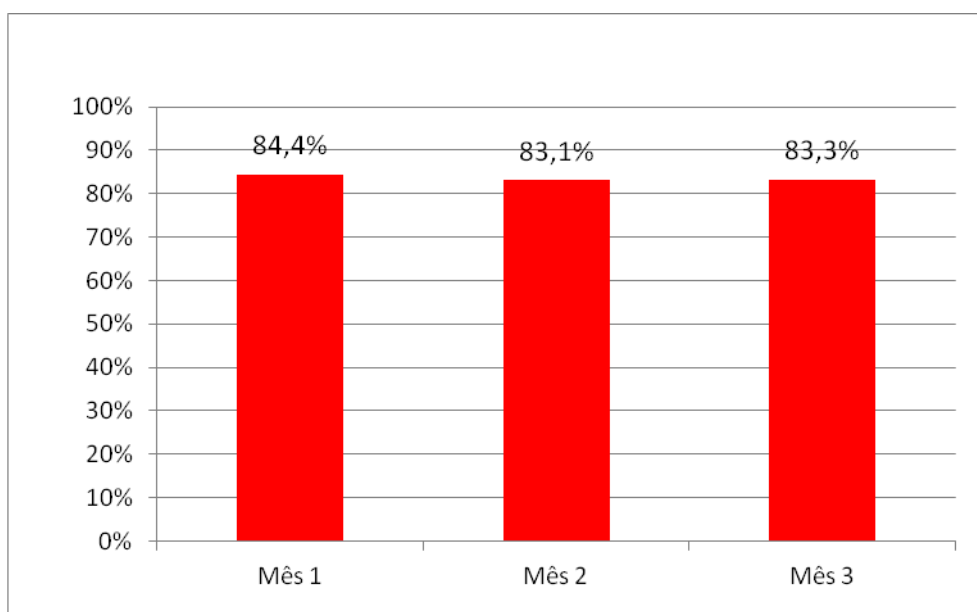


Gráfico 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

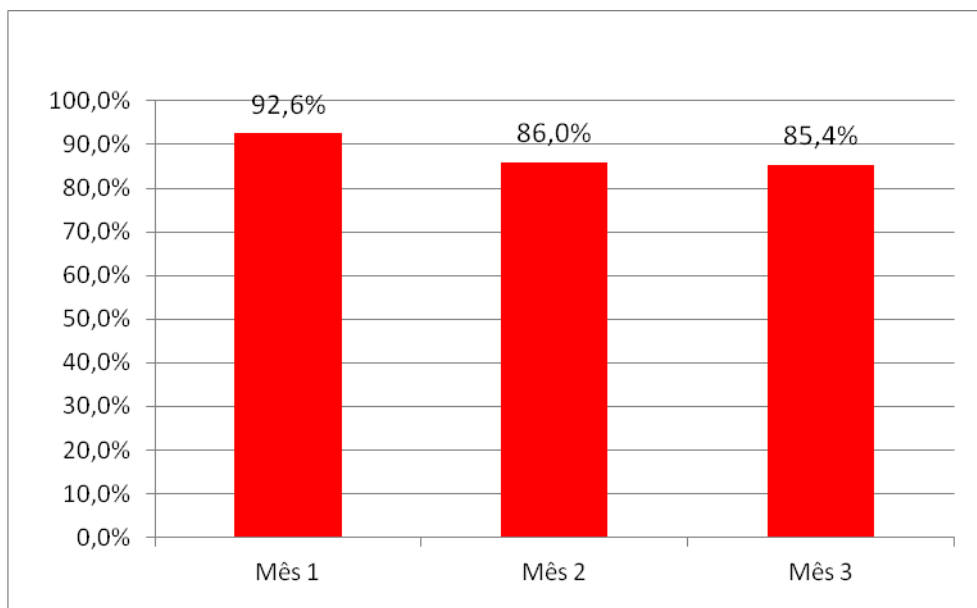


Grafico 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

A equipe não entendeu muito bem o que aconteceu neste indicador, acreditamos que estes valores se devem aos pacientes que tem acompanhamento com outras especialidades que não trabalham em conjunto com a rede e indicam outros medicamentos que não estão disponíveis na farmácia popular.

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

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

Com respeito a nossa meta de alcançar 100 % na avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, como mostram os gráficos não conseguimos atingir, logramos um 64,5 % (278) nos hipertensos e um 65,4 % (85) nos diabéticos.

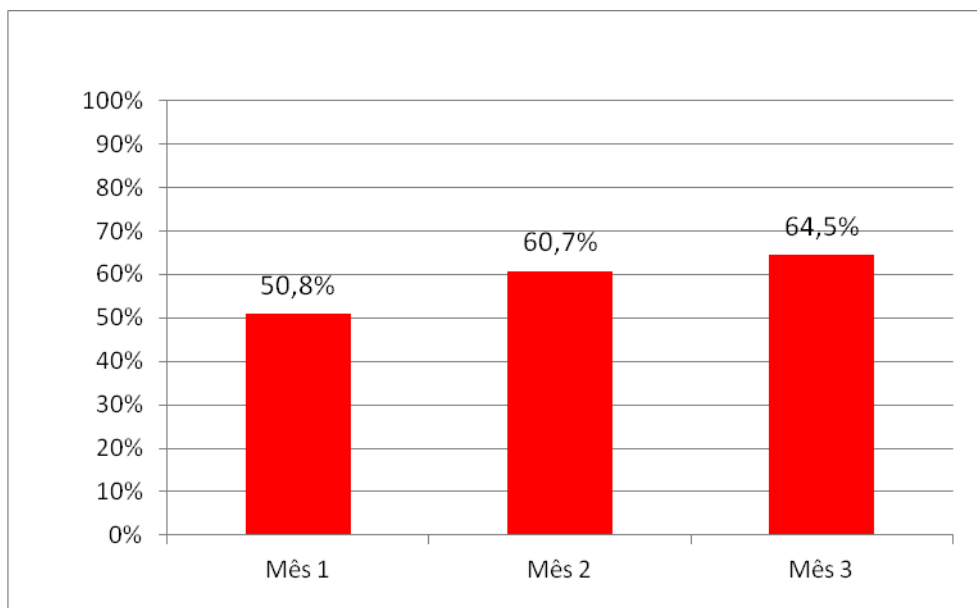


Gráfico 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

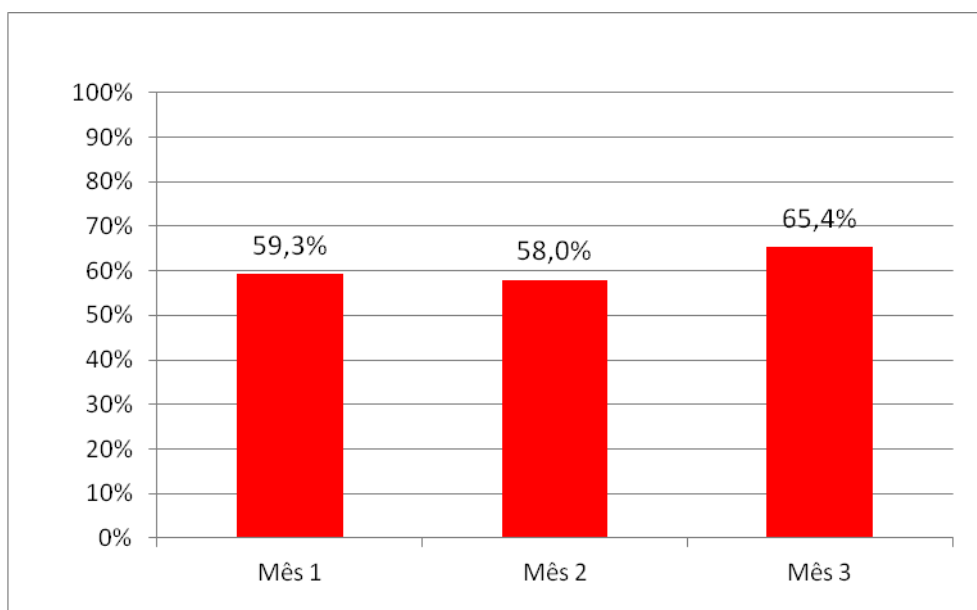


Gráfico 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Isto foi devido à programação da agenda do Odontólogo, já que como a maioria das consultas necessitam de procedimentos sua agenda tem menor quantidade de pacientes que a agenda medica, mais conseguimos estabelecer uma parceria com ele para poder trabalhar melhor na intervenção, conseguimos aumentar na agenda o número de atendimentos para os pacientes que estavam participando e mês por mês os atendimentos foram aumentando.

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

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

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

No objetivo 3 tivemos muito sucesso no alcance das metas. Nossa equipe está de parabéns porque conseguimos atingir nossa meta de 100 % de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa realizada assim como nos diabéticos em todos os meses da intervenção, e temos que dizer que as Agentes Comunitárias de Saúde desenvolver um trabalho determinante no logro desses resultados, pelo interesse que mostrarem nas visitas domiciliares a estes usuários, além do aumento das visitas domiciliares pelas técnicas, enfermeira e a medica, enfocadas na busca ativa dos usuários faltosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

No objetivo 4 os gráficos informam que alcançamos um 77,3 % (333) para os hipertensos e um 75,4 % (98) para os diabéticos porque foi valorada por o registro dos pacientes na chegada a consulta, mais na realidade 100 % dos pacientes atendidos durante a intervenção agora tem um registro adequado na ficha de acompanhamento, trabalho que foi logrado com a ajuda de toda a equipe. A diferencia esta que no momento do atendimento parece que o registro não estava adequado.

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

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

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

No objetivo 5 “mapear os hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular” nos propusemos como meta atingir 100 % dos hipertensos e diabéticos da unidade com estratificação do risco cardiovascular, conseguimos 77 % (332) nos hipertensos e um 75,4 % (98) nos diabéticos.

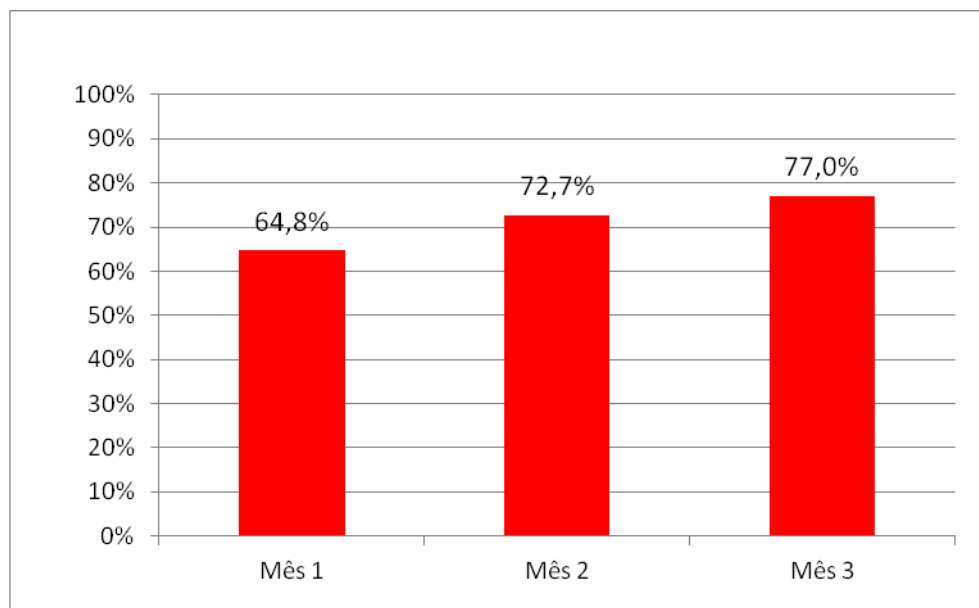


Gráfico 11. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

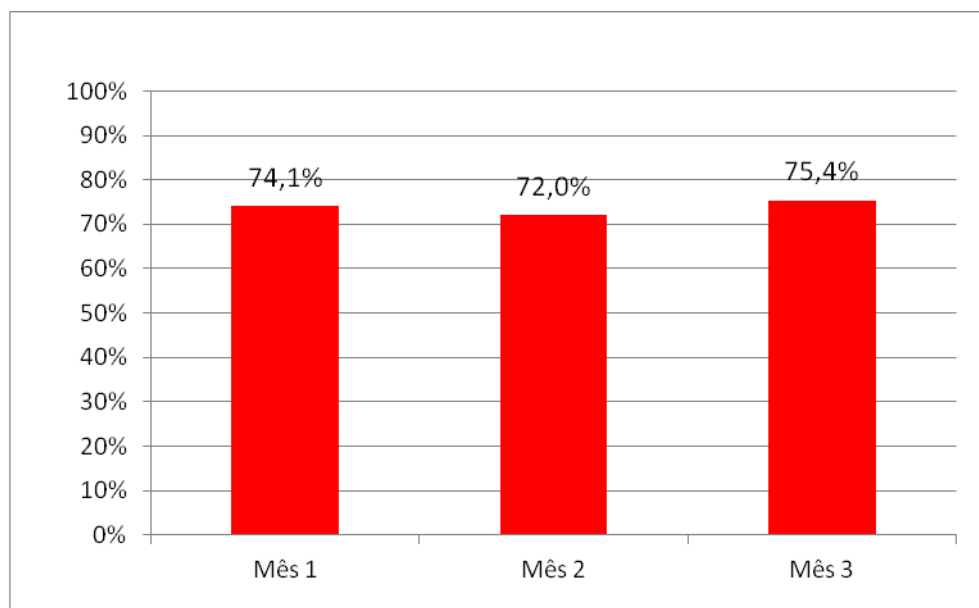


Gráfico 12. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Acreditamos que estes resultados se devem a que o tempo da intervenção foi reduzido e a equipe teve que fazer ajustes em nossa programação, não conseguindo atingir nossa meta, mais estou segura que dando seguimento no dia a dia a nosso trabalho vamos conseguir nossa meta de 100%.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

O objetivo 6, que era “realizar ações de promoção da saúde voltada aos hipertensos e/ou diabéticos do programa”, foi bem executado. Conseguimos atingir nossa meta dos 100%, em todas as consultas foi orientada a importância de alimentação saudável, além de realizar palestras nos grupos pela nutricionista do NASF, também foi falado sobre a prática de atividade física regular, e os riscos do tabagismo, com muita participação deles no grupo realizado pelo educador físico nas sextas feiras de manha, foi tratado o tema da higiene bucal nas consultas, além da ajuda do nosso odontólogo e o resto da equipe que foi capacitada para que cada um desde seu posto de trabalho oferecesse orientações sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Durante estas 12 semanas da intervenção nossa equipe conseguiu aumentar o número de atendimentos a hipertensos e diabéticos, aumentamos a quantidade a qualidade dos grupos, além de trazer a consulta àqueles pacientes que não tinham um acompanhamento adequado conforme com o protocolo. Conseguimos melhorar os registros dos nossos usuários e realizar a estratificação do risco cardiovascular, assim como aumentar o número de pacientes que recebiam em consultas orientações sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo, a importância da prática de exercícios físicos e orientações sobre higiene bucal.

Com nosso trabalho a equipe se enriqueceu, já que foram feitas capacitações com as ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência, assim como orientação quanto à realização das consultas e sua periodicidade. Também a equipe da unidade de saúde recebeu capacitações para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e sobre realização do hemoglicoteste em adultos. Atualizamo-nos sobre o tratamento da hipertensão e diabetes, disponibilizamos uma versão atualizada do protocolo e aprendemos juntos a realizar em cada paciente estratificação de risco segundo o score de Framingham, assim como registrar nos prontuários esta avaliação.

Em nosso trabalho as técnicas de enfermagem se encarregaram da verificação da pressão arterial, o hemoglicoteste e o controle periódico do estoque de medicamentos; a enfermeira e eu avaliamos mais o exame físico, o preenchimento das fichas espelhos e os prontuários; a auxiliar de saúde bucal e o odontólogo fizeram o controle dos pacientes que precisavam atendimento odontológico e de seu acompanhamento nas consultas, isto nos ajudou a organizar melhor nosso trabalho para não ficarem pontos pendentes.

Neste trabalho em conjunto a equipe se acostumou a realizar em todas as consultas um exame físico adequado, regularmente monitorando os usuários que tinham os exames em dia. Monitorávamos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, assim como um controle periódico do estoque de medicamentos e sua validade, realizado pelas técnicas de enfermagem. E realizamos nas consultas pesquisa dos pacientes que necessitavam atendimento odontológico. A partir do início da intervenção o trabalho da equipe foi se organizando melhor, permitindo

organizar as agendas e os grupos, e com a participação de toda a equipe o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos ganhou qualidade.

Quanto à comunidade considero também enriquecedor, já que foram desenvolvidas atividades sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, se ofereceram palestras sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e sobre a pesquisa de DM em pacientes com cifras maiores que 135/80 mmHg. Realizamos uma reunião com grupos de adolescentes, idosos, gestantes, adultos aparentemente saudáveis, para explicar e orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM.

Embora tenhamos atingido uma ampliação da cobertura, ainda temos muito caminho pela frente para alcançar nossa meta e logo chegar a 100% da população com hipertensão e diabetes cadastrados e acompanhados pela unidade. Dessa forma, se pensarmos em algo que deveria fazer diferente, seria preparar a equipe e a comunidade com mais tempo para enfrentar o trabalho da intervenção. Também melhorar nosso trabalho, corrigindo alguns erros cometidos no transcurso da intervenção, assim como nos apoiar nas ACS para nos ajudar a fazer a comunidade entender a importância da intervenção e o atendimento priorizado a estes usuários.

Pretendemos intensificar nas consultas o exame físico e a importância de modificar o estilo de vida. As visitas domiciliares continuam realizando-se com o objetivo de buscar os usuários faltosos e de manter a periodicidade das consultas dos usuários que já estão sendo atendidos. No futuro vamos ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos e a capacidade dos grupos de hipertensos e diabéticos para ter mais acesso a seus atendimentos, de uma forma mais integral com a participação da equipe do NASF e logo implementaremos nossa experiência a outros programas como pré-natal, atenção aos idosos, controle de câncer de mama e colo do útero etc.

5 Relatório da intervenção para gestores

Realizamos uma intervenção de saúde na ESF Rio Pardinho localizada no município Santa Cruz do Sul, RS, com o objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, com um período de 12 semanas de trabalho.

Com o trabalho desenvolvido no projeto na área de abrangência da ESF Rio Pardinho, no município, tivemos resultados satisfatórios, trabalhamos com uma população de 2790 pacientes, com uma estimativa de 623 hipertensos e 178 diabéticos, depois de 12 semanas de trabalho, conseguimos cadastrar 69,2 % dos hipertensos e 73 % dos diabéticos, incluindo os mesmos no projeto de saúde, como passo para melhorar a qualidade da saúde destes usuários.

Os hipertensos tiveram um cadastramento de 69,2 % e 77,3 % destes realizaram exames clínico em dia de acordo com o protocolo e exames complementares periódicos, alcançamos 83,3% dos hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular e 64,5 % dos hipertensos foram avaliados para necessidades de atendimento odontológico. Quanto aos riscos de doenças cardiovasculares foi atingido um 77% dos pacientes. Na busca ativa de todos os faltosos as consultas alcançaram um 100% e dos usuários com registros adequados nos prontuários, 100% dos usuários com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividades físicas e sobre risco de tabagismo e de saúde bucal.

O total de usuários com diabetes mellitus 74,6 % tiveram exames clínico em dia e 75,4 % exames complementares em dia. Dos diabéticos da área têm prescrição de medicamentos da farmácia popular um 85,4%, dos diabéticos cadastrados tem avaliação para atendimento odontológico 65,4%, assim como a busca ativa dos

faltosos foi feita a um 100%. Também tivemos 100% de usuários diabéticos com registros adequados nas fichas de acompanhamento, isto nos permitiu um melhor controle dos mesmos. Também alcançamos 75,4% dos diabéticos cadastrados com estratificação de risco para doenças cardiovasculares, 100% com orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares, todos receberam orientação sobre risco de tabagismo e de saúde bucal.

Estes resultados foram de muita importância para a comunidade porque alcançamos uma maior qualidade na atenção e qualidade de vida dos pacientes, fizemos palestras na comunidade com o objetivo de oferecer maiores conhecimentos aos pacientes sobre suas doenças, logramos um maior e melhor controle deles no ESF, demonstramos que o trabalho organizado permite um melhor desenvolvimento como equipe, pelo que pretendemos agora dar continuidade a nossa intervenção até atingir nossa meta de cadastrar 100% de hipertensos e diabéticos, e continuar educando a nossa população sobre temas tão importantes como alimentação saudável, prática de atividades físicas, higiene bucal e os riscos do tabagismo.

Queremos contar com o apoio dos gestores e da administração do município para resolver as dificuldades encontradas durante o projeto e aumentar o serviço de odontologia pela quantidade de pacientes que precisam deste serviço e garantir a realização dos exames complementares indicados.

O gestor do município teve um papel importante aportando logística para fichas espelhos e registros, no apoio e trabalho de convencimento à equipe para levar diante o projeto e na garantia da realização dos exames nos laboratórios para controle dos programas. Podem ser melhoradas as consultas de especialistas no município que são necessárias e importantes no controle e acompanhamento destes grupos de usuários.

Para a comunidade será dada continuidade do projeto até alcançar 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados e controlados na ESF, com prioridade para as consultas e as ações de promoção e prevenção da saúde, trabalhando sobre tudo nos fatores de risco, será mantida a busca ativa dos faltosos e que não realizam exames de controle e o mais importante esperamos aumentar a cultura de prevenir estas doenças e suas complicações.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Realizamos uma intervenção de saúde na ESF Rio Pardinho localizada no município Santa Cruz do Sul/RS, com o objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência, que teve uma duração de 12 semanas de trabalho.

No transcorrer destas 12 semanas realizamos uma série de atividades para dar cumprimento ao cronograma de trabalho planejado inicialmente, foram realizadas palestras à comunidade, encontros com os grupos de hipertensos e diabéticos, cadastramentos diários dos pacientes com acolhimento diferenciado destes, assim como a incorporação dos usuários hipertensos e diabéticos conhecidos ao projeto, realizamos a busca ativa de todos os usuários faltosos a consulta, aumentamos a prática de exercícios físicos com a formação de um grupo que trabalhava diretamente com um professor de educação física todas as sextas feiras, foram oferecidas palestras pela nutricionista do NASF sobre alimentação saudável e a equipe abordou temas sobre risco de tabagismo e consumo de álcool, melhoramos os conhecimentos dos usuários sobre sua própria saúde com as atividades de promoção e prevenção da saúde.

Até o presente momento conseguimos resultados bastante positivos, foram cadastrados muito mais usuários com hipertensão e diabetes na unidade, que agora permaneceram acompanhados. Realizamos um controle e acompanhamento adequado, também se realizou a busca ativa de todos os usuários que faltaram as consultas com o objetivo de oferecer um acompanhamento adequado, se realizou avaliação de risco para as doenças cardiovasculares aos hipertensos e diabéticos, todos os que participaram no projeto receberam orientação sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares, risco de tabagismo e saúde bucal.

A comunidade obteve benefícios já que a cobertura dos atendimentos para hipertensos e diabéticos foi melhorada evidentemente assim como a qualidade, por exemplo, os registros dos pacientes, o acolhimento, avaliação clínica e controle dos exames, a equipe interagiu mais por meio das visitas domiciliares, e das atividades preparadas onde teve participação uma equipe multidisciplinar com odontologista, psicologista, nutricionista e educador físico. Por parte da comunidade esta foi muito receptiva com a intervenção há que aceito nosso projeto de trabalho, deixo cobertura na agenda para o atendimento específico da população alvo, participarem de nossas atividades, e se mostrarem interessados na nova proposta de trabalho que a equipe tinha oferecida.

Hoje a qualidade dos registros é melhor, a equipe está mais capacitada e disposta para o acolhimento e atendimento dos usuários. Temos a certeza que daremos continuidade ao projeto e teremos todos os hipertensos e diabéticos com melhor controle, mais qualidade de vida.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

É válido refletir sobre as dificuldades, dúvidas, e preocupações, que tive no início do projeto, a primeira como enfrentar a gramática do português para escrever as tarefas de forma correta, logo convencer a equipe para desenvolver as atividades propostas e contar com sua ajuda, trabalhar com uma população que não tinha percepção do risco e com pouca cultura sobre o acompanhamento regular de suas doenças. Por outra parte percebe que a demanda de atendimento era muito grande com pouco tempo para o trabalho preventivo na comunidade, assim a primeira direção foi preparar a equipe para o projeto que eu queria desenvolver na comunidade, e começar o trabalho de prevenção e promoção de saúde.

O curso para minha prática profissional foi muito significativo já que hoje a equipe encontra-se mais organizada, preparada e qualificada no trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos, assim como os registros e documentos deles, a população percebeu a importância do acompanhamento regular, e a importância de evitar os fatores de riscos modificáveis, tenho certeza que melhorou sua qualidade de vida. Pessoalmente sinto que com cada tarefa melhorei a gramática do português, incorporei novos vocabulários, reconheço que ainda me falta muito por aprender, também as tarefas e casos clínicos realizados no curso foram de grande ajuda para minha atualização profissional e no desenvolvimento da prática clínica no dia a dia de trabalho, assim como a adoção de protocolos utilizados no Brasil.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram o fato de aprender a superar os medos que significava realizar um curso a distância em um idioma totalmente novo para mim, aprendi que quando se trabalha em equipe podemos alcançar muitos bons resultados, oferecer um atendimento de qualidade

para os usuários e fazer que eles se sintam melhores, além de nos unir mais como profissionais e seres humanos.

Referências

SOARES, S. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde, Porto Alegre, junho 2009.

SCHMIDTI, M. I. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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