

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma8**



**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Aparecida, Frederico Westphalen/RS**

Diana Valeria Seidl

Pelotas, 2015

Diana Valeria Seidl

Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Aparecida, Frederico Westphalen/RS

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

Orientadora: Mônica Vohlbrecht

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S458: Seidl, Diana Valeria

: Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Aparecida, Frederico Westphalen/RS / Diana Valeria Seidl; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 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. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

As minhas orientadoras Eliane Carloni da SilvaeMônicaBergmann Correia Vohlbrecht pelo incentivo constante, orientação e ajuda das atividades deste Trabalho de Conclusão de Curso.

À minha equipe da Unidade Básica de Saúde de Aparecida, Frederico Westphalen/RS.

À comunidade do Bairro Aparecida, Frederico Westphalen/RS, em especial a todos os participantes do grupo de Com diabetes e Com hipertensão de nossa área pela participação, acolhimento, interação com nossa equipe e por aceitarem fazer parte deste projeto.

À minha família, que é minha razão de existir, por confortar minhas angústias e estimular continuamente meu desenvolvimento profissional.

Resumo

SEIDL, Diana Valeria. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Aparecida, Frederico Westphalen/RS. 2015.**86f. 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 e diabetes têm influência importante na qualidade de vida dos indivíduos. Este trabalho trata-se da implementação de uma intervenção para melhorar a atenção à saúde prestada aos usuários com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família de Aparecida, Frederico Westphalen/RS, a qual tem uma população representada por 4.125 habitantes. Os objetivos foram ampliar a cobertura a com hipertensão e/ou com diabetes, melhorar a qualidade da atenção, a adesão dos usuários ao programa e os registros das informações, mapear os usuários de risco para doença cardiovascular e promover sua saúde. A intervenção foi feita em 12 semanas entre maio a julho de 2015 com 436 com hipertensão que corresponde uma cobertura de 69,5% dos 627 com hipertensão e 121 com diabetes que corresponde uma cobertura de 78,1% dos 155 com diabetes residentes na área de abrangência da Unidade. As ações foram realizadas em quatro eixos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Após a intervenção verificou-se que a cobertura da ação programática não alcançou as metas planejadas de 80% dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes, que foi afetado pela execução em 12 semanas das ações planejadas para 16 semanas. E 98,9% dos usuários com hipertensão e 99,2% dos usuários com diabetes cadastrados receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e 100% foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico, foi realizada a busca ativa para os faltosos a consultas e ainda foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, receberam orientações sobre nutrição, prática regular de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e da necessidade de executar uma boa higiene bucal ademais se registrou adequadamente as informações para o acompanhamento dos usuários. Conclui-se que a melhoria da atenção à saúde das pessoas com diabetes e hipertensão por meio do acolhimento mais efetivo, do cuidado integral e contínuo em equipe multidisciplinar são estratégias que favorecem a superação das dificuldades no controle das doenças, promovendo a adesão ao tratamento e a qualidade de vida desses usuários do sistema de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes; Hipertensão.

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na 60
unidade de saúde Aparecida. Frederico Westphalen/RS, 2015.
- Figura 2 Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na 61
unidade de saúde Aparecida. Frederico Westphalen/RS, 2015.
- Figura 3 Proporção de com hipertensão com os exames complementares 62
em dia de acordo com o protocolo. Frederico Westphalen/RS, 2015.
- Figura 4 Gráfico da proporção de com hipertensão com prescrição de 63
medicamentos da Farmácia Popular na unidade de saúde
Aparecida. Frederico Westphalen/RS, 2015.
- Figura 5 Gráfico da proporção de com diabetes com prescrição de 64
medicamentos da Farmácia Popular na unidade de saúde
Aparecida. Frederico Westphalen/RS, 2015.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
DM	Diabetes Mellitus.
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
EAD -	Educação à Distância
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HiperDia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Com hipertensão e Com diabetes.
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
RS	Rio Grande do Sul.
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica.
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Natal e Nascimento.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UNASUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas.
URI	Universidade Regional Integrada.
USF	Unidade de Saúde da Família.

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística	51
2.3.4 Cronograma.....	56
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão	68
5 Relatório da intervenção para gestores	72
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	74
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
Referências	78
Anexos	79
Anexo A – Ficha-espelho	80
Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	81
Anexo – Documento Comitê de Ética	82

Apresentação

O presente volume trata de um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), executado pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Aparecida, do município de Frederico Westphalen, no estado do Rio Grande do Sul, no período compreendido de maio a julho de 2015. O mesmo está composto por cinco itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho.

O primeiro item é a Análise Situacional que identifica o problema, objeto da intervenção. No segundo item Análise Estratégica projeta-se a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades. O terceiro tópico relata o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade. O quarto item, Avaliação da Intervenção, descreve os resultados da intervenção e os discute em seus detalhes. Ainda constam relatórios voltados para os gestores e para a comunidade. O sétimo tópico é uma reflexão crítica do processo de aprendizagem da especializanda e o último item traz a lista das referências que serviram de suporte teórico ao trabalho, bem como seus apêndices e anexos.

1Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que trabalho funciona muito bem como equipe de saúde, todos tentam da melhor maneira possível ajudar nas tarefas que lhes são cabidas. Existem grupos, como o de tabagismo, gestantes, diabetes e hipertensão para auxílio da população.

A ESF necessita de melhor estrutura e melhor coordenação de tarefas, por parte da equipe e população. O serviço é organizado, porém não funciona com a objetividade que deveria trabalhar. A população necessita de estímulos para participar dos grupos, ou seja, saber que participando dos grupos terá acompanhamento do curso da sua doença, estímulo para a qualidade de vida, dicas e aprendizagem sobre a dieta ideal, conforme sua doença e os exercícios físicos que podem evitar possíveis danos, conhecimento acerca das medicações e complicações de sua doença.

As gestantes tem acompanhamento de pré-natal com um médico ginecologista, com no mínimo seis consultas distribuídas em uma consulta mensal até as 28 semanas, uma consulta a cada 15 dias até as 36 semanas e semanal até as 41 semanas. Entretanto, o grupo de gestantes precisa ser mais bem organizado pela equipe. É de fundamental importância o grupo de gestantes, para orientações quanto à gestação e em relação ao puerpério da mãe e do bebê. Assuntos como aleitamento materno, cuidados durante gestação, cuidados com o bebê, anticoncepção pós-gestação e planejamento familiar são fundamentais. A população atendida pela ESF é vulnerável socioeconomicamente e por enquanto o planejamento familiar é orientado somente pelas Agentes Comunitárias de Saúde, fato que deve ser corrigido imediatamente com a capacitação de toda equipe de trabalho para dar as orientações necessárias para a população. As crianças

temacompanhamento pelo médico pediatra, além disso, também recebem nosso atendimento e acompanhamento médico, o mesmo em consulta de demanda espontânea ou puericultura e no caso que foram necessários seriam encaminhados ao pediatra.

O trabalho funciona muito bem como equipe de saúde, todos tentam da melhor maneira possível se ajudar e ajudar nas tarefas que lhes são cabidas. Temos poucos problemas na comunidade com o saneamento básico e os cuidados com os lixos e são poucas as famílias que vivem em contato com esgoto e lixo. Portanto, as ações para prevenção de agravos são fundamentais no local onde trabalho, tanto com grupos, como em rodas de conversas ou campanhas, de maneira que o atendimento à população deveria estar mais voltado à prevenção de doenças.

Acredito que a partir do momento que houver melhorias na organização do trabalho, tanto na parte de coordenação junto à prefeitura, quanto à equipe multiprofissional de saúde da ESF iremos ter melhorias nas condições de saúde básicas.

A equipe agora está mais unida, completa e pronta para o trabalho e seu objetivo maior é a atenção à saúde da população que necessita dos cuidados prestados. Portanto, com o empenho de todos e todos realizando suas tarefas, teremos melhorias na área da saúde e, assim poderemos desempenhar nosso papel de atender a quem mais precisa.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho na cidade Frederico Westphalen, no RS, macrorregião norte e microrregião 19, tem 30.255 habitantes e uma ampla zona rural. Não possui área indígena, nem população ribeirinha, bem como, não há andarilhos. Sua economia dá-se através de indústrias expressivas nas áreas metalúrgicas, produtos em fibra de vidro, lapidação de pedras semipreciosas.

O município possui duas UBSs e cinco equipes de ESF. Uma das UBSs do município é a UnidadeCentral onde também funciona a secretaria municipal de

saúde. Atuo como médica do Programa Mais Médicos na Unidade de Saúde da Família (USF) IV Aparecida, no bairro Aparecida. Ainda não possuímos o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município, porém o mesmo está em fase de instalação e de aprendizado. O município não conta com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), os usuários são encaminhados para um município vizinho para a realização do atendimento necessário.

O município possui um hospital geral com cerca de 70 leitos, ao qual podemos encaminhar usuários para internação, se julgar necessário. Há atenção de especialistas como pediatria, ginecologia, psicologia e nutricionistas que trabalham nas UBS da cidade. Temos vínculo com a Escola Estadual Técnica José Cañellas (alunos de técnico em enfermagem) e com a Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) (alunos de graduação em enfermagem), ambas do município.

A avaliação do médico especialista é regulada pela unidade central que encaminha os usuários para os especialistas que existem no município, ou então, são encaminhados para a rede na região. Vários municípios recebem os usuários para atendimento especializado, como: Três de Maio, Palmitinho, Iraí, Caiçara, Rodeio Bonito, Passo Fundo, entre outras cidades da região. Os encaminhamentos são enviados para a regulação por demanda. A partir daí a secretaria municipal de saúde disponibiliza o transporte. Os exames laboratoriais e de imagem são agendados também, salvo os exames de urgência que são feitos no mesmo dia ou no próximo dia de solicitados em dependência do tipo de exame. O município oferta as vagas disponibilizadas pelo SUS entre os últimos dias do mês e o início do próximo mês, no caso dos exames de alto custo são agendados na secretaria de saúde com anterioridade, pois muitos são realizados em outros municípios por isso devem ser coordenados previamente.

Nossa unidade possui fácil localização para a comunidade na área urbana e está formada por uma equipe de ESF, em que há um médico clínico geral, uma ginecologista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) além da balconista, o motorista, a faxineira e a gerente da unidade.

A UBS é nova e com uma estrutura firme, há escadas para seu acesso e rampas para cadeirante, todas com barras de apoio, mas tem como dificuldade o chão que é muito liso, por isso acho que seria bom em algum momento trocar o piso da entrada para evitar as quedas. Com relação à estrutura física, há uma recepção, um banheiro para usuários feminino e masculino e um único banheiro para funcionários, cozinha, sala de esterilização e sala de desinfecção, um consultório com banheiro e outro sem banheiro, uma sala de ambulatório, uma sala para a enfermeira, uma sala de curativos, na qual se realiza a triagem, uma sala para dispensação de remédios, um consultório odontológico. Não temos sala de agentes de saúde, mas isso não é problema, já que possui disponibilidade de outras salas para os trabalhos ou reuniões.

Com relação à medicação, há disponibilidade e renovação de estoque, das drogas básicas. Há diversas medicações, tanto orais, quanto injetáveis. Em relação às medicações para com hipertensão e com diabetes, existe ampla gama de opções, sendo que os básicos, de acordo com as diretrizes de tratamento de ambas as doenças, estão à disposição de toda a população, principalmente por via oral e para casos de urgência, existem também medicações injetáveis. As medicações para outras doenças e para casos que precisemos utilizar via endovenosa por alguma urgência também é possível. Não são distribuídas medicações controladas, como ansiolíticos, antidepressivos ou anticonvulsivantes estas medicações ficam sob o controle do posto central que disponibiliza para os usuários com a apresentação da prescrição médica.

Com relação aos equipamentos, temos estetoscópio, tensiômetro, balanças, pinar, sonar, mesa de exame clínico e ginecológico, luz, lanterna, espécuro, materiais para curativos e suturas e outros elementos que faz com que ela tenha o que eu acho necessário para um bom trabalho na área de prática de clínica geral e ginecologia. Na sala de odontologia, há o necessário para consultas, mas não para próteses, o que é algo que não se encontra em nenhuma sala do município e acho que deveria ter, porque há uma grande quantidade de usuários que usam prótese e acho que não é um problema de estética, mas sim uma questão de saúde bucal completa. Percebemos na população que muitas pessoas não têm prótese por ser muito caras e tampouco haver a disponibilidade de instrumental para dentística, o

que é outra necessidade, pois é um município com boa economia e poderia oferecer. Acredito que através de um diálogo com a secretária e apresentação de um projeto, ela poderia verificar a possibilidade de implementar este serviço no município.

A equipe realiza também promoção da saúde através de grupos de idosos, gestantes, com hipertensão e com diabetes e as orientações são dadas em todos os espaços da unidade e ainda fora dela por todos os profissionais da equipe. É parte de nosso trabalho as reuniões de equipe para planejar ações e organizar o processo de trabalho. Estas reuniões são feitas uma vez por semana com a participação de toda a equipe. A UBS ainda não tem um núcleo dedicado ao planejamento e validação de ações de saúde. Com relação às atribuições da equipe, acho que cada um as cumpre, os enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, ACS, administrativo, odontólogo e auxiliar de odontologia cumprem suas funções na atenção e serviço ao usuário.

Um problema enfrentado é a espera. Muitos usuários não têm paciência ou não entendem, quando é atendida alguma emergência, ou pessoas com atendimento prioritário, criança, gestante ou idoso. Deve haver mais informação para a população de que existem prioridades de atendimento. Para que isso ocorra toda a equipe deve trabalhar para que o usuário receba estas informações. Todos os usuários são avaliados, sinais vitais, queixas principais e a partir daí a necessidade de alguma prioridade de atendimento.

Na área há cerca de 4.125 habitantes. Dentre eles 1.616 são homens e 2.509 mulheres. Atendemos 23 crianças com menos de um ano de idade e que realizam puericultura mensalmente e cerca de 463 idosos, dados obtidos nos registros da cidade. A única maneira de melhorarmos o tempo de espera para atendimento seria aumentar o número de profissionais, porém sabe-se que para isso teria que haver maior estrutura para tantos atendimentos realizados em um mesmo turno, embora a população receba bom atendimento.

No atendimento de crianças temos uma cobertura de 74% este é feito de maneira específica, com protocolo para atendimento dos mesmos. Toda criança é atendida mensalmente em consulta de puericultura para avaliação de crescimento e

desenvolvimento, estas consultas são realizadas pelo médico pediatra de referência de nossa área, que fica centralizado na Unidade de Saúde Central, os demais atendimentos pelo médico geral da unidade. A vacinação é realizada, tendo como base o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde. Os testes do pezinho também são realizados no tempo adequado.

As mães recebem todo o acompanhamento mesmo antes do parto sobre atenção das crianças especialmente sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar até os dois anos completos da criança. Cada criança possui prontuário específico para acompanhamento de seu desenvolvimento que se faz de maneira mensal até os 12 meses e de maneira trimestral até os dois anos. A equipe de enfermagem é responsável pelo controle e organização destes registros, estando sempre atenta aos usuários faltosos, os quais recebem visitas domiciliares ou são transportados pelo carro disponibilizado pela prefeitura, mas todos faltosos são visitados primeiramente pelas ACSs para avaliar a situação e após encontrar a solução dos pais juntamente com equipe de saúde. Toda equipe de saúde trabalha em conjunto para que haja um bom comprometimento entre família e equipe e todas as crianças recebam atendimento adequado e com bons resultados. As famílias tem boa adesão e regularmente trazem seus filhos para acompanhamento na data prevista, e também acontecem consultas de urgência e que são prontamente atendidas na UBS. Um ponto negativo que encontramos são aquelas famílias que por alguma razão são resistentes ao acompanhamento. Isso pode ocorrer por falta de orientação ou por dificuldade de locomoção, o papel de toda a equipe é avaliar estes usuários para a melhor solução e o acompanhamento correto da criança.

As gestantes tem cobertura de 90%. O acompanhamento de pré-natal com um médico ginecologista, fazendo no mínimo seis consultas durante o período de gestação. A atenção é dada de maneira que ela receba o adequado atendimento do início ao fim da gestação, sendo as consultas pré-natais mensais no primeiro e segundo trimestre e consultas quinzenais no terceiro trimestre. Assim que o teste de gravidez apresenta o resultado positivo é realizado o cadastramento no SISPRENATAL.

Está sendo realizado um grupo de gestantes em que as participantes têm acesso à informação, conversas e aprendizado para o período gestacional e pós-parto, com informações importantes sobre aleitamento materno, cuidados na gestação e no puerpério e planejamento familiar. Também são realizados os exames citopatológicos de colo de útero em todas as mulheres da faixa etária estabelecida. As consultas são agendadas previamente, ou seja, a informação de retorno é passada as gestantes com data prevista para a próxima consulta. As consultas contam com registro específico, em que constam dados como exames solicitados, medicações em uso e qualquer intercorrência durante a gestação. Um ponto negativo é o não agendamento da próxima consulta já na saída da consulta anterior, pois apesar das gestantes serem atentas à sua consulta, às vezes ocorre esquecimento da mesma, o que prejudica todo o andamento do pré-natal. As usuárias aderem bem às ações propostas, participando dos grupos e das consultas. A enfermagem e as ACSs planejam as ações em grupos, sendo que para cada mês dispõe-se de equipe multidisciplinar para participarem das ações.

As usuárias também recebem acompanhamento durante o puerpério com cobertura de 72%, sendo feita a primeira visita de algum membro da equipe na primeira semana pós-parto (pode ser ACSs, enfermeira ou médico segunda a possibilidade da equipe e necessidade da puérpera, como também a primeira avaliação do bebê na mesma data e a segunda consulta dentro do 42 dias pós-parto, recebendo todas as orientações da equipe, em quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, tendo toda puérpera realizado exame ginecológico, abdominal e de mama, avaliamos o estado psíquico e em relação as intercorrências a toda puérpera.

O controle mamográfico a cada dois anos a partir de 40 anos e controle anual a partir dos 50 anos é realizado na unidade. Os pedidos do exame são realizados pelos médicos que trabalham na USF. Os resultados são registrados no prontuário dos usuários e dependendo da alteração são encaminhadas aos especialistas de referência, ginecologista ou mastologista. Temos uma cobertura de 57% de mulheres acompanhadas entre 50-69 anos com mamografias,

Os exames preventivos citopatológico do colo de útero são realizados pela enfermagem, tendo como base os 25 anos de idade (de acordo com o protocolo do

Ministério da Saúde) em todas as usuárias. Os exames são realizados anualmente, com ou sem agendamento prévio. Existem registros específicos dos exames citopatológico em que constam todas as informações e quando foi realizado o último exame. Quando realizado e ocorre alguma alteração os usuários são encaminhados para o serviço de ginecologia para melhor avaliação. Temos 52% das usuárias entre 25-64 anos acompanhadas com citopatológico de colo de útero

São realizados grupos de apoio à mulher mensalmente e anualmente existe a Campanha do OutubroRosa, uma grande ação conjunta de diversos profissionais para atualizar exames e para disponibilizar informações importantes às mulheres, tanto sobre o Câncer de Mama e Câncer de Colo de Útero, menopausa e seus sintomas, osteoporose, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e como se proteger. As usuárias participam ativamente das consultas e as mesmas são informadas quando realizam seus próximos exames. O serviço é monitorado pela equipe de enfermagem, que faz rastreio de usuários em atraso e busca ativa das mesmas. Todos os membros da equipe trabalham para que haja um entendimento cada vez melhor para essa parcela da população da área de abrangência.

Em relação aos com hipertensão e com diabetes temos cobertura de 65% para os usuários com HAS e 60% para os usuários com DM. Utilizamos o sistema HIPERDIA, com registros específicos dos usuários atendidos e das suas medicações em uso. Estes usuários são acompanhados mensalmente através do grupo, em que na forma de rodas de conversa, os usuários mencionam o que gostariam de aprender.

As medicações são dispensadas nestes grupos sendo cada pessoa instruída individualmente sobre a tomada correta das suas medicações e são tiradas dúvidas. Na UBS não são agendadas consultas e os usuários com diabetes e com hipertensão são atendidos em livre demanda diariamente. Caso ocorra qualquer tipo de urgência ou emergência hipertensiva, ou em relação a DM os usuários são atendidos com prioridade e não saem da Unidade sem atendimento médico.

Como aspecto negativo, as consultas não são marcadas com antecedência para que pelo menos o usuário tenha uma consulta semestralmente e que assim seja feita a correta avaliação de risco cardiovascular, sendo necessários exames

complementares para a avaliação de complicações, principalmente de órgãos alvo destas doenças. Grande número de usuários está aderindo bem ao grupo, sendo o planejamento das ações realizado pela enfermagem, bem como o acompanhamento dos registros e dos usuários faltosos.

Os idosos são atendidos sobre livre demanda, não existem consultas agendadas e os usuários podem ser atendidos a qualquer turno, diariamente. Apenas os com hipertensão e com diabetes são acompanhados no grupo específico para a sua doença. Quase todos os idosos têm a caderneta da pessoa idosa, uma boa parte deles participa nos grupos de saúde e são visitados pelas agentes de saúde e são orientados em rodas de conversas sobre fazer atividade física, comer de forma saudável, ter controles de exames de laboratoriais, densitometria, mamografias em dia, fazer controle de saúde bucal.

Todavia com relação aos indicadores de fragilização na velhice e avaliação multidimensional rápida acho que nem sempre é feita e se é feita não está preenchida nos prontuários clínicos dos usuários porque não existem registros específicos de usuários com esta idade. O ideal seria que os usuários fossem acompanhados e que existissem grupos para esta faixa etária que necessita, tanto de avaliação médica, quanto de atenção psicológica. Planejar ações juntamente com os membros da equipe e aprimorar a relação entre equipe e usuários fará com que ache maior controle e prevenção de doenças. As avaliações são baseadas no que o usuário possui e em sua fragilidade por ser idoso.

Em relação a Saúde Bucal temos 20% de cobertura em menores de 0-4 anos e 33% em menores de 5-14 anos, o que vai se incrementar muito com o programa de Saúde na Escola a ser implementado este ano; 45% entre 15-49 anos e 46% de 60 anos ou mais. Destaca-se que tendo todas as grávidas recebem avaliação da saúde bucal. Acho que muitos de nossos usuários têm atendimento feito por dentistas particulares.

Após a realização de todas as tarefas e após avaliação de todos os questionários respondidos, posso avaliar melhor a situação da minha unidade. Muitos fatos e dados que não pude compreender logo no início do trabalho em relação a usuários e aos atendimentos, mas foram ficando esclarecidos com o

decorrer das avaliações. Dentre todos os pontos o maior problema apresentado foi à falta de cadastramento de todos os usuários atendidos pela área de abrangência. Isso representou um percentual baixo de população coberta pela ESF, refletindo na falta de cadastramento, ou demonstrando que os usuários procuram outros locais para atendimento.

Vejo como ponto positivo a união da equipe para sanar os problemas apresentados. A cada questionário a equipe ajudava com informações e após o preenchimento avaliávamos como poderíamos melhorar a cada etapa. Um dos pontos que podemos melhorar com certeza é a realização de mais medidas preventivas, dando ênfase à saúde do idoso, bucal, gestante e usuários com diabetes e com hipertensão.

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

Após avaliar todos os aspectos vejo como foi importante a realização de cada etapa das tarefas propostas, pois assim pude conhecer melhor a equipe de saúde, a estrutura da unidade em si e principalmente a população. Na primeira tarefa tinha uma visão geral de toda a equipe e população, fato que com o decorrer do preenchimento do caderno de ações programáticas e dos questionários pude conhecer a fundo as maiores necessidades da comunidade adstrita.

No início, por exemplo, não funcionavam corretamente os grupos de com hipertensão e com diabetes e nem grupos de gestantes, idosos, tabagismo. Agora, após avaliarmos a situação das ações programáticas e nos reunirmos com a equipe começamos a realizar mensalmente os grupos de com diabetes e com hipertensão e o grupo de gestante, idoso e demais. Isso demonstra que em pouco tempo e com organização podemos realizar mais passos para a melhoria da saúde da população. É imprescindível que a equipe de saúde e população trabalhe unida para construir um futuro melhor na área da saúde e um ótimo bem-estar à população. Desta relação também depende o êxito do diagnóstico situacional, o

qual permitiu-nos uma melhor identificação dos problemas de nossa população e estabelecer sua ordem de prioridade para planejar ações que sejam capazes de modificar o processo de trabalho atendendo a necessidade de investimento nas ações de educação em saúde e assim dar soluções aos mesmos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal é também fator etiológico de insuficiência cardíaca (BRASIL, 2001). Também é considerada fator de risco para o Alzheimer e a demência vascular.

A DM também é considerada um grave problema de saúde pública, atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Aproximadamente 7,6% da população adulta brasileira tem esse problema e as complicações agudas e crônicas causam alta morbimortalidade e a prevalência da DM do tipo II está aumentando dia a dia.

Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Quando são diagnosticadas precocemente os usuários têm múltiplas chances de evitar complicações. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos. Os objetivos mais importantes das ações de saúde, ematenção primária, para HAS e DM são o controle da pressão arterial, da glicose e a redução da morbimortalidade e suas complicações(DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte no Brasil e um mal com muita prevalência e baixa taxa de controle daí a importância de fazer este trabalho para contribuir no melhor controle destas doenças, assim como diminuir a morbimortalidade por estas causas e a invalidez.

Em nossa ESF a estrutura é nova, firme e adequada, há escadas para seu acesso e rampas para cadeirante, todas com barras de apoio, mas tem como

dificuldade o chão que é muito liso por isso acho que seria bom em algum momento trocar o piso da entrada para evitar as quedas. O trabalho funciona muito bem como equipe de saúde, todos tentam da melhor maneira possível se ajudar e ajudar nas tarefas que lhes são cabidas. A unidade está formada por uma equipe de ESF, em que atuam um médico clínico geral, uma ginecologista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) além da balconista, o motorista, a faxineira e a gerente da unidade.

A ESF necessita de melhor estrutura e melhor coordenação de tarefas, por parte da equipe e população, além disso, o serviço é organizado. Existem grupos de tabagismo, diabetes e hipertensão para auxílio da população, mas esta ainda necessita de estímulos à participação, ou seja, saber que participando dos grupos irá melhorar sua saúde, melhorará o controle da sua doença, terá dicas e ensinamentos sobre a dieta ideal e exercícios físicos que podem ajudar no controle de danos. Portanto, as ações para prevenção de saúde são fundamentais no local onde trabalho, tanto com grupos, como em rodas de conversa ou campanhas. O atendimento deveria estar mais voltado à prevenção, mas acredito que a partir do momento que houver melhorias na organização e estruturação, tanto na parte de coordenação junto à prefeitura, quanto à equipe de saúde da ESF iremos ter melhorias nas condições de saúde básica. A equipe agora fica mais unida, completa e está pronta para o trabalho sendo seu objetivo principal melhorar a qualidade de vida da população, portanto, com o empenho de todos e todos realizando suas tarefas teremos melhorias em toda a área da saúde e, assim poderemos desempenhar nosso papel de atenção à saúde para quem mais precisa.

Atendemos uma área com 4.125 habitantes. Dentre eles 1.616 são homens e 2.509 mulheres, mas não temos um cadastramento da população da área de abrangência da ESF. Há grande livre demanda e por enquanto conseguimos atender a todos os usuários que necessitam de nossos serviços, em média 24 atendimentos/dia por médico.

Em relação aos com hipertensão e com diabetes utilizamos o sistema HIPERDIA, com registros específicos dos usuários atendidos e das suas medicações em uso. Estes usuários são acompanhados mensalmente através do

grupo, em que na forma de rodas de conversa, os usuários mencionam o que gostariam de aprender. As medicações são dispensadas nestes grupos sendo cada pessoa instruída individualmente sobre a tomada correta das suas medicações e são tiradas dúvidas. Na UBS não são agendadas consultas e os usuários com diabetes e com hipertensão são atendidos em livre demanda diariamente. Caso ocorra qualquer tipo de urgência ou emergência hipertensiva, ou em relação à DM os usuários são atendidos com prioridade e não saem da Unidade sem atendimento médico. Toda equipe está envolvida para o melhor atendimento dos usuários, com orientações e esclarecimento de dúvidas. Como aspecto negativo, as consultas não são marcadas com antecedência para que pelo menos o usuário tenha uma consulta semestralmente e que assim seja feita a correta avaliação de risco cardiovascular, sendo necessário, exames complementares para a avaliação de complicações, principalmente de órgãos alvo destas doenças. Grande número de usuários está aderindo bem ao grupo, sendo o planejamento das ações realizado pela enfermagem, bem como o acompanhamento dos registros e dos usuários faltosos.

São acompanhados inicialmente na USF 408 (65%) com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área, quando o estimado seriam 627 enquanto só 93 (60%) com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área são acompanhados, quando o estimado seriam 155 com diabetes, o que demonstra que muitos usuários não estão sendo cadastrados corretamente e outros não fazem acompanhamento na ESF, porque tem seguimento pela rede privada, o que dificulta seu acompanhamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

As estratégias e ações desenvolvidas a fim de promover a saúde da pessoa com HAS e/ou DM, envolvem melhorar a cobertura, adesão, qualidade, o registro, o mapeamento de risco da população-alvo e a promoção de saúde. Assim como realizar grupo de educação em saúde, reuniões com a equipe multiprofissional, educação permanente e continuada, com base em necessidades e demandas levantadas pelos profissionais, visitas domiciliares, consultas de enfermagem, reavaliação dos usuários e caminhadas orientadas, entre outras atividades.

Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde e toda a equipe de trabalho é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas como o cadastramento da

população de nossa área de abrangência. Durante o processo de intervenção penso que não teremos dificuldade para monitorar e garantir o registro dos com hipertensão e com diabetes cadastrados e melhorar o acolhimento para os usuários, o que inclui material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Tampouco apresentaremos dificuldades para desenvolver ações de promoção de saúde. O cadastramento demandará planejamento para incluir as pessoas atendidas pela rede privada de saúde e usuários que trabalham, pois podemos estabelecer horários de trabalho especiais que permitam que os trabalhadores dirijam-se para o cadastramento na UBS ou recebam visitas em seu domicílio, por exemplo, das 16 horas até às 18 horas, dois dias por semana porque esta ação programática deve ser incentivada para atingir um maior compromisso com ela e evitar assim os atrasos. Diante disso tudo, durante a intervenção podem ser melhorados a cobertura e a qualidade da atenção e de vida dos usuários com HAS e DM da área de abrangência da nossa UBS.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar o serviço de saúde prestado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Aparecida, Frederico Westphalen, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- Objetivo 1: Ampliar a cobertura a com hipertensão e/ou com diabetes.

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos com diabetes 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 com hipertensão e/ou com diabetes.

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

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

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos com diabetes 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 com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

- Objetivo 3: Melhorar a adesão de com hipertensão e/ou com diabetes ao programa.

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

Meta 3.2. Buscar 100% dos com diabetes 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 usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

- Objetivo 5: Mapear com hipertensão e com diabetes de risco para doença cardiovascular.

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

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

- Objetivo 6: Promover a saúde de com hipertensão e com diabetes

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses (16 semanas) na UBS Aparecida, área onde atua a equipe da ESF 4, no município de Frederico Westphalen/RS, o qual foi desenvolvido no período de 12 semanas com a presença da especializanda na unidade. Foi planejada para participar da intervenção 100% da população diabética e/ou hipertensa com 20 anos ou mais residentes no território da área de abrangência da UBS, representada por 627 com hipertensão e 155 com diabetes.

As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde N° 36 e 37. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O acompanhamento dos com hipertensão e/ou com diabetes será registrado na planilha de coleta de dados eletrônica (Anexo B) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (Anexo A). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo B).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a com hipertensão e com diabetes

- ❖ Meta: 1.1. Cadastrar 80% dos com hipertensão da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.
- ❖ Meta 1.2. Cadastrar 80% dos com diabetes da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

No eixo Monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar o número de com hipertensão e com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento das ações: O monitoramento do número de usuários cadastrados no programa será através da manutenção dos dados garantida por meio das visitas domiciliares pelas agentes comunitárias e atualização da ficha de cadastramento por qualquer profissional da equipe e pela discussão dos casos realizada em reuniões semanais com a equipe.

No eixo organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: O registro dos usuários será realizado nas visitas domiciliares pelas agentes comunitárias, atualização da ficha de cadastramento, prontuários clínicos e ficha-espelho por qualquer profissional que realizar o atendimento. O acolhimento será feito por todos os membros da equipe. A equipe será capacitada para a verificação de dados de Pressão Arterial (PA) e glicemia pelo médico e enfermeiro da equipe na reunião semanal da equipe. Todo o usuário que for cadastrado deverá ser monitorado através de aferição de pressão arterial por esfigmomanômetro (hipertenso) ou monitorado através de hemoglicoteste (HGT)(diabético), isto será feito nas consultas individuais que são acompanhadas por médicos, enfermeiros, odontólogo e nutricionista segundo a necessidade dos usuários com a garantia de material para esse acompanhamento.

No eixo engajamento público:

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

- ✓ Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações: A comunidade será informada sobre a importância do acompanhamento de usuários com diabetes e hipertensão, do grupo de saúde e sua finalidade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças além de informações sobre pesquisa de diabetes e a importância da aferição da pressão arterial em usuários acima de 18 anos pelo menos uma vez ao ano a fim de promover o diagnóstico e início do tratamento precoce destas doenças. Orientar os mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e Diabetes. Estas informações serão dadas a população pelas agentes comunitárias de saúde, através de cartazes e panfletos na UBS e informativos da rádio local, além das consultas individuais e atividades coletivas.

No eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: Os agentes comunitários de saúde serão capacitados pelo enfermeiro da unidade de saúde no cadastramento dos usuários com hipertensão e com diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde, além disso, a equipe de saúde será capacitada para a verificação da pressão arterial, assim como para a realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. O profissional responsável por esta atividade é a técnica de enfermagem.

Objetivo: 2-Melhorar a qualidade da atenção a com hipertensão e com diabetes.

- ❖ Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos com hipertensão
- ❖ Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos com diabetes.

No eixo de monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento das ações: Realizar consultas médicas programadas com exame clínico adequado a todos os usuários com hipertensão e com diabetes a cada quatro meses, com indicação adequada de exames complementares de acordo com o protocolo e manter a revisão sistemática dos prontuários desses usuários mensalmente, realizados pela equipe.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de com hipertensão e com diabetes.
- ✓ Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- ✓ Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- ✓ Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Informar e capacitar pela parte médica a todos os membros da equipe sobre qual é seu papel para fazê-lo da melhor maneira para o melhor atendimento ao usuário. Disponibilizar o protocolo de atendimento para consulta pelos profissionais. Todos os integrantes da equipe devem estar cientes do protocolo de atendimento a estes usuários. O acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais da equipe.

No eixo engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Orientar os usuários e a comunidade durante as rodas de conversa fornecidas e os grupos de saúde sobre os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, assim como a importância do cuidado dos pés e avaliação médica dos pulsos e sensibilidade das extremidades a cada seis meses, seja em consulta, dentro ou fora da unidade (grupos de saúde ou visita domiciliar).

No eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: Realizar a capacitação da equipe de saúde para a correta realização do exame clínico tendo o médico e enfermeiro como responsáveis.

- ❖ Meta 2.3. Garantir a 100% dos com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- ❖ Meta 2.4. Garantir a 100% dos com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar o número de com hipertensão e com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- ✓ Monitorar o número de com hipertensão e com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento das ações: Realizar mensalmente o monitoramento do número de com hipertensão com exames laboratoriais em dia e solicitados, através da revisão dos prontuários e nas visitas domiciliares, sendo a responsável da atividade a enfermeira da equipe.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Garantir a solicitação dos exames complementares.

- ✓ Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- ✓ Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações: Nas consultas realizadas, solicitar os exames complementares de acordo com o protocolo de atendimento: uma vez por ano ou cada seis meses em dependência dos riscos do usuário e das complicações associadas. Ter a garantia junto à gestão de sua realização, através do controle, seguimento e verificação de sua realização mediante as visitas das ACSs.

No eixo engajamento público:

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento das ações: Realizar as orientações de forma individual e coletiva sobre a importância de fazer os exames complementares adequadamente segundo o tempo estabelecido (periodicidade) no protocolo de atendimento dos com hipertensão e com diabetes, sendo o médico o responsável da atividade.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento das ações: Realizar a capacitação da equipe sobre o protocolo de hipertensão e diabetes, sendo realizado pelo médico e enfermeira nas reuniões de equipe.

- ❖ Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
- ❖ Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento das ações: Garantir o acesso aos medicamentos da farmácia popular a todos os com hipertensão e com diabetes indicando ou modificando tratamentos com medicamentos disponíveis na Farmácia Popular.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- ✓ Manter um registro das necessidades de medicamentos dos com hipertensão e dos com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Na unidade manter o controle do estoque de medicamentos sistematicamente, ter a lista dos medicamentos incluídos no programa, além dos disponíveis na farmácia básica.

No eixo engajamento público:

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações: Através das consultas, atividades coletivas e nas visitas domiciliares, orientar à comunidade sobre os direitos dos usuários de acesso aos medicamentos da farmácia popular atividade que será desenvolvida por toda a equipe.

No eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: Nas reuniões de equipe, realizar a capacitação sobre o acolhimento, o tratamento adequado para cada usuário, reações adversas dos medicamentos, esclarecendo as dúvidas. Capacitação que será feita pelo médico da equipe.

- ❖ Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos com hipertensão.
- ❖ Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos com diabetes.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar os com hipertensão e os com diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: Através do levantamento de quais e quantos usuários tiveram atendimento odontológico, realizando a priorização deste grupo. A dentista fará a avaliação para agendamento do tratamento de acordo com as necessidades de cada usuário. Preencher corretamente as fichas de atendimento e os prontuários do atendimento pela dentista.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos com hipertensão e dos com diabetes, organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos com hipertensão e com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: Após a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os com hipertensão e com diabetes, com auxílio da técnica de saúde bucal de acordo com as necessidades dos usuários, será realizada a organização da agenda para atender às consultas programadas.

No eixo engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Orientar a comunidade no marco das rodas de conversa fornecidas, nas visitas domiciliares, nos grupos de saúde ou nas consultas individuais sobre a necessidade de ter avaliação da saúde bucal especialmente aos

com hipertensão e com diabetes. Atividade que será feita pela auxiliar de saúde bucal e o dentista além de receber apoio do médico e da enfermeira da equipe.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento das ações: Realizar a capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos com hipertensão e com diabetes nas reuniões de equipe, tendo a dentista como responsável.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de com hipertensão e com diabetes ao programa.

- ❖ Metas 3.1. Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada
- ❖ Metas 3.2. Buscar 100% dos com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No eixo monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Na unidade de saúde realizar o monitoramento da assistência aos com hipertensão e com diabetes de acordo com as consultas previstas a cada quatro meses e através dos arquivos mensalmente pelos agentes de saúde. Todo usuário faltoso a consulta semestral ambulatorial com médico vai ser identificado pelo pessoal de enfermagem, através de rastreado será avaliado quanto a sua presença no grupo de saúde, onde as reuniões são feitas mensalmente com toda equipe de saúde, além do monitoramento das consultas e exames de acordo com o protocolo. Para isso se utilizarão a ficha de coleta de dados e ficha-espelho revisada mensalmente para sua verificação e atualização pela enfermeira.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- ✓ Organizar a agenda para acolher os usuários com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações: As ACSs e toda equipe devem fazer busca ativa domiciliar para todos os usuários faltosos, a fim de convencê-los a participar das consultas e dos grupos de saúde, mas se houver alguma restrição física de comparecer à unidade, a consulta será realizada no domicílio pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem. Será avaliada a participação dos faltosos após cada reunião do grupo e aqueles que não foram às reuniões serão contatados através das ACSs para sua busca.

No eixo engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Os usuários e a comunidade devem ser informados da importância da participação nos grupos de saúde e sobre a realização de consultas periódicas. A comunidade vai ser ouvida a fim de melhorar a relação da equipe com os usuários e assim melhorar a participação de todos nos grupos de saúde. Estas informações serão repassadas através das agentes comunitárias de saúde, através de panfletos e cartazes na UBS, como também através dos médicos e enfermeiros durante as próprias consultas e informações dadas através da rádio da comunidade.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar os ACSs para a orientação de com hipertensão quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações: As ACSs devem ser capacitadas pelo médico e a enfermeira sobre a importância das consultas e sua periodicidade, realização

debusca ativa domiciliar a estes usuários faltosos, a fim de esclarecer a importância da participação nas consultas e grupo de saúde.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

- ❖ Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
- ❖ Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar a qualidade dos registros de usuários com hipertensão acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: A ficha individual de todos os usuários deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe a cada reunião do grupo de saúde. Deve-se ter monitoramento de quantos usuários compareceram às consultas agendadas, têm exames em dia, o correto preenchimento do prontuário, ficha-espelho e a programação da próxima consulta, tendo como responsável a médica da equipe.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.
- ✓ Implantar a ficha de acompanhamento.
- ✓ Pactuar com a equipe o registro das informações.
- ✓ Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- ✓ Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações: A ficha individual de todos os usuários deve ser preenchida corretamente pela enfermeira e monitorada pela médica em cada consulta e avaliadas a cada reunião do grupo de saúde. A ficha deve ter os dados de exames complementares, medicações, realização de estratificação de risco, comprometimento de órgão alvo. Toda equipe deve ter acesso às informações ali contidas. As informações do SIAB devem estar atualizadas e os registros arquivados em arquivo específico.

No eixo engajamento público:

- ✓ 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 das ações: Os usuários têm direito ao acesso a sua ficha de acompanhamento e seu prontuário sendo orientados sobre seus direitos de acessar a informação pela equipe, sendo esta informação divulgada através de pôsteres na unidade de saúde, panfletos e rodas de conversas dadas nos grupos de saúde de forma semanal pelo médico, enfermeiro da equipe e pela agente de saúde nas visitas domiciliares feitas de forma mensal.

No eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: A ficha individual dos usuários que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela enfermeira e a médica da equipe. Toda equipe deve estar ciente das informações ali registradas e saber como preencher corretamente, sendo explicado através de capacitação nas reuniões de equipe semanal.

Objetivo 5- Mapear com hipertensão e com diabetes de riscos para doença cardiovascular.

- ❖ Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
- ❖ Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar o número de usuários com hipertensão com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- ✓ Monitorar o número de usuários com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações: Avaliar o número de usuários com diabetes e com hipertensão cadastrados com realização de estratificação de risco cardiovascular anual através dos registros das fichas de seguimento individuais de maneira mensal sendo feito pela técnica de enfermagem.

No eixo organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: Os usuários com classificação de alto risco devem receber consultas mais frequentes e com atenção especial e também devem fazer exames laboratoriais e complementares com mais frequência e podem ter necessidade de consulta com especialidades de outros níveis de atenção. Consultas pré-agendadas devem fazer parte deste grupo de usuários. A organização dos agendamentos será feita pela enfermeira e o médico.

No eixo engajamento público:

- ✓ Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

- ✓ Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, tabagismo e outros.

Detalhamento das ações: Falar com os usuários e comunidade sobre importância de acompanhamento regular e tratamento correto destas doenças. A população também deve ser orientada sobre fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças e as complicações da falta do correto tratamento das mesmas, além das mudanças de estilo de vida. As orientações devem ser feitas nos grupos de saúde, nas consultas individuais e nas visitas domiciliais feitas pelos profissionais da equipe que participam de cada uma dessas ações, seja médico, enfermeira ou técnica de enfermagem.

No eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: Será realizada a capacitação, sobre a forma correta de avaliação do risco e registro dos dados, orientando os usuários sobre a forma de prevenção de riscos modificáveis através das consultas e nas atividades coletivas. A mesma será feita pelo médico durante a reunião da equipe na data planejada no cronograma do projeto.

Objetivo 6 – Promover a saúde de com hipertensão e com diabetes

- ❖ Metas 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos com hipertensão
- ❖ Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos com diabetes

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos com diabetes da área.
- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos com hipertensão da área.

Detalhamento das ações: A equipe toda vai orientar o usuário em relação à nutrição adequada bem como fazer comidas saudáveis e equilibradas, em consultas individuais marcadas com a nutricionista segundo a demanda dos usuários, nos grupos de saúde, nas visitas mensais das ACSs. Toda equipe deve estar capacitada para este monitoramento.

No eixo gestão de serviços:

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

Detalhamento das ações: Realizar atividades sobre alimentação saudável, por meio de rodas de conversa e organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável em parceria com nutricionistas que trabalham em saúde pública.

No eixo engajamento Público:

- ✓ Orientar com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- ✓ Orientar com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento das ações: Os usuários devem receber informação sobre forma de vida saudável através de rodas de conversa, nos grupos de saúde feitos pelo médico e enfermeiro da equipe e cartazes sobre nutrição na UBS. Orientar aos familiares sobre a importância da alimentação saudável e dar dicas importantes de uma boa alimentação.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: A equipe de saúde será capacitada sobre educação em saúde e sobre como manter uma alimentação saudável, nas reuniões com a equipe buscando aumentar os conhecimentos de cada um e esta capacitação será feita pela nutricionista de forma mensal na reunião de equipe.

- ❖ Metas 6.3. Garantir a orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos com hipertensão.
- ❖ Meta 6.4. Garantir a orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos com diabetes.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento das ações: Através das informações fornecidas pela equipe de saúde nas rodas de conversa, nos grupos de saúde, visitas domiciliares e atendimentos individuais sobre os benefícios da prática da atividade física regular, incentivar a população a praticar de forma regular, buscando um local próximo à unidade para a realização em conjunto.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- ✓ Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento das ações: A equipe toda vai monitorar o usuário em relação às orientações sobre atividades físicas adequadas e será realizada a solicitação de um preparador físico no acompanhamento das atividades. As atividades físicas com os com hipertensão e com diabetes serão realizadas nos grupos de saúde nos últimos 15 minutos de maneira mensal.

No eixo engajamento público:

- ✓ Orientar com hipertensão, com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento das Ações: Com hipertensão, com diabetes e a comunidade serão lembrados de forma continuada sobre a importância da prática de atividade física regular através de rodas de conversa em grupos de saúde, conversas em rádio local mensais, feitas pelo médico e enfermeiro da equipe e com cartazes na UBS.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar a equipe da unidade sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento das ações: Toda a equipe de saúde será capacitada durante a reunião de equipe mensal na data planejada no cronograma de atividades sobre a promoção da prática de atividade física regular, tendo como responsável o médico e a enfermagem.

- ❖ Metas 6.5. Garantir orientação sobre os riscos de tabagismo a 100% dos com hipertensão.
- ❖ Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos de tabagismo a 100% dos com diabetes.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos com hipertensão e com diabetes

Detalhamento das ações: A equipe será capacitada sobre tabagismo e alcoolismo, seu monitoramento e tratamento. Os usuários serão informados sobre riscos de tabagismo e alcoolismo nos grupos de saúde, cartazes na UBS e nas visitas das ACSs.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento das ações: Através de reuniões com a secretaria de saúde verificar a compra de medicamento que permitam eliminar o tabagismo, auxiliando no tratamento.

No eixo engajamento público:

- ✓ Orientar aos com hipertensão e com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento das ações: Através de rodas de conversa na comunidade, consultas individuais, manter orientados os usuários sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, sendo a médica a responsável.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas.
- ✓ Capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Nas reuniões de equipe, capacitar a equipe de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas, ações de educação em saúde, abordagem ao usuário sendo o responsável a médica da unidade de saúde.

- ❖ Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos com hipertensão.
- ❖ Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos com diabetes.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos com hipertensão e com diabetes

Detalhamento das ações: A equipe toda vai monitorar o usuário dando orientações adequadas sobre saúde bucal nos grupos de saúde, além das consultas individuais, visitas da ACS e no acolhimento pela funcionária do administrativo. Toda equipe vai ser capacitada para este monitoramento pelo odontólogo da UBS nas reuniões de equipe semanal.

No eixo organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: A organização da agenda para atendimento de acordo com o tempo de atendimento será realizada pela auxiliar de saúde bucal para garantir a qualidade de atendimento prestado e com tempo hábil para a ação.

No eixo engajamento público:

- ✓ Orientar aos com hipertensão e com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações: Com atividades na comunidade através de rodas de conversa e também de forma individual, serão informados sobre a importância da higiene bucal. Ações desenvolvidas por toda a equipe com maior participação do dentista e auxiliar de higiene bucal.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações: Nas reuniões de equipe através da odontóloga, a equipe de saúde será capacitada sobre como deve oferecer orientações de higiene bucal aos usuários.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a com hipertensão e/ou com diabetes.

- ❖ Metas 1.1. Cadastrar 80% dos com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

- ❖ Meta 1.2. Cadastrar 80% dos com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

- ❖ Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos com hipertensão.

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos com diabetes.

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

Numerador: Número de com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de com hipertensão e com diabetes com prescrição de medicamentos.

- ❖ Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de com diabetes com prescrição de medicamentos.

- ❖ Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos com hipertensão.

Indicador: Proporção de com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão 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 com diabetes.

Indicador: Proporção de com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

- ❖ Meta 3.1. Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

- ❖ Meta 3.2. Buscar 100% dos com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

- ❖ Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear com hipertensão e com diabetes de risco para doença cardiovascular

- ❖ Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporções de com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de com hipertensão e com diabetes.

- ❖ Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos com hipertensão.

Indicador: Proporção de com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos com diabetes.

Indicador: Proporção de com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

Denominador: Número de com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

Denominador: Número de com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador: Proporção de com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

- ❖ Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador: Proporção de com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a intervenção serão utilizados como Protocolo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014 e de HAS 2010, assim como os Cadernos de atenção básica nº 36 e 37 do Ministério da Saúde. Para isso providenciaremos dois manuais na UBS e cópias das diretrizes para consulta dos profissionais de toda a equipe e se fará semanalmente capacitações sobre seu manejo e implementação, pelo médico ou enfermeiro da equipe, o qual será maisintenso nas primeiras duas semanas da intervenção dedicando a primeira parte da reunião de equipe que é de duas horas para isso.

Os registros serão realizados nos prontuários, ficha-espelho e planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso e, também anotações dos grupos de usuários com hipertensão e/ou com diabetes, que são reuniões realizadas mensalmente, com rodas de conversa e esclarecidas as dúvidas dos usuários. Os registros compreendem as informações como idade, medicações em uso, pressão arterial (para os com hipertensão) aferida em todas as reuniões e HGT (para os com diabetes) e a presença de hábitos tóxicos, como o tabagismo e o consumo de álcool. Em todas as fichas verificar-se-á se constam os resultados dos exames de rotina feitos e o risco cardiovascular calculado. Deverão ser preenchidos de forma completa e correta pelos profissionais intervenientes, o que é muito importante porque com isso teremos dados para desenvolver corretamente nosso projeto de intervenção e poderemos avaliar os resultados das ações realizadas de forma sistemática, além de disponibilizar dados para os registros dos usuários de forma mais completa e para estatística da saúde pública municipal.

Temos a meta de ampliar em 80% a cobertura de com hipertensão e/ou com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde. Para cumpri-la reuniremos a equipe e realizaremos cadastramentos e registros que estiveram incompletos. Pediremos à secretaria de saúde fazer a quantidade de fichas de acompanhamento necessárias e para organizar os registros pediremos às agentes de saúde os dados dos com hipertensão e com diabetes que acompanham em sua área, registraremos os agendados nos grupos de saúde. Os registros atuais não estão completos faltando na maioria dados dos usuários segundo o protocolo. Tudo será revisado de forma

sistemática pela enfermeira e auxiliar de enfermagem da equipe destinando um horário semanalmente para isso, além da revisão que fará o médico dos prontuários dos usuários que consulte.

O primeiro passo é aumentar a cobertura dos usuários começando pelo cadastramento e rastreamento destas doenças. Para tal utilizaremos métodos diagnósticos e as ACSs trabalharão na pesquisa ativa de usuários com diabetes e/ou com hipertensão, avaliando sintomas típicos dessas doenças para que estes usuários sejam encaminhados a USF e seja feito diagnóstico e acompanhamento correto da doença. As ACSs serão orientadas e capacitadas sobre o tema com ajuda de médicos e enfermeiras nas reuniões semanais da equipe que duram duas horas e ocorrem na unidade. A equipe já conhece o projeto da intervenção, portanto todos estão de acordo com os momentos planejados.

O monitoramento de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes, da necessidade de atendimento odontológico e do acesso deles aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA será realizado pela médica, contando com auxílio das ACSs. O dentista também participará dos momentos de capacitação, junto a auxiliar de saúde bucal. O cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo será monitorado pela médica, por meio de registros. As ACSs trabalharão na pesquisa para buscar ativamente os usuários faltosos, organizando visitas domiciliares. Haverá ênfase na capacitação sobre essa questão

A qualidade dos registros de com hipertensão e/ou com diabetes acompanhados na unidade de saúde será acompanhado pela médica. Além das informações mencionadas, também monitoraremos as informações do SIAB e as fichas-espelho. A equipe de trabalho será orientada e capacitada nas reuniões de equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários.

O monitoramento de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será também pela médica, com base na busca ativa e priorizando o atendimento aos usuários avaliados como de alto risco. A equipe disponibilizará nas reuniões de equipe momento de aprendizagem sobre estratificação de risco, segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e, em especial, a

avaliação dos pés dos usuários com diabetes, assim como as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, atividade física, tabagismo, higiene bucal, incluindo, para isso, diálogo sobre metodologias de educação enfatizando a promoção em saúde.

As reuniões serão espaços para monitoramento de registros também, além de capacitação sobre os protocolos, papel de cada profissional na ação programática, verificação de necessidades e organização, assim como avaliação da intervenção. Desta forma, a intervenção visa melhorar a atenção prestada pela equipe à população e garantir a qualidade do atendimento, com a mudança dos hábitos de vida, adesão aos tratamentos e consultas, conscientização sobre a patologia, sendo que a prática deve ser incorporada à rotina da unidade e tendo o comprometimento de todos envolvidos neste processo profissional, usuários, familiares, comunidade e gestão, para desta forma atingir as metas propostas.

Para os atendimentos daqueles casos de emergência ou urgência dos com hipertensão e/ou com diabetes que chegam a nossa unidade, por exemplo: crises de hipertensão, hiperglicemia ou hipoglicemia serão examinados, avaliados e medicados no menor tempo possível com atendimento prioritário e em dependência da intercorrência, seja urgência ou emergência para logo se definir se o usuário precisa ser encaminhado para outro nível de atenção ou liberado para continuar seu tratamento no seu lar; neste último caso se agenda uma nova consulta nas próximas 72 horas para ser avaliado novamente.

1 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Antes de tudo, vale a pena explicar que a intervenção foi planejada para 16 semanas e em consequência das férias, foi estabelecido pela coordenação do curso a redução o período já que era necessário se adequar ao cronograma estabelecido para a turma 8,entãoa intervenção foi concluída em 12 semanas, o que prejudicou a execução das ações planejadas para 16 semanas. Os dados para intervenção foram coletados durante o mês de maio, junho e julho de 2015, seguindo o cronograma previamente elaborado no projeto de intervenção.

Participaram na intervenção,toda a equipe da ESF 4 da UBS Aparecida que esta composta por um médico geral, uma ginecologista, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes de saúde, uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia, uma auxiliar administrativa, uma auxiliar de serviços gerais, a balconista e um motorista.

Antes de iniciar a intervenção, fizemos uma primeira reunião com a equipe e apresentamos o projeto de intervenção com seus objetivos e as possíveis ações conforme o cronograma e foram agendadas as reuniões da equipe para todas as sextas-feiras do mês, nas quais seriam avaliados os resultados da semana, assim como planejadas as novas tarefas da próxima semana e também para discussão dos casos mais relevantes em busca das soluções possíveis.

Na primeira semana da intervenção no mês de maio foi feita a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM e da equipe de trabalho sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários, estabeleceu-se o papel de cada profissional na ação programática, se deu início o cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde, os atendimentos clínicos e as visitas planejadas.

Para comunidade foram feitas conversas em rádios comunitárias com participação dos usuários em conversas informais, orientações a líderes comunitários sobre importância dos acompanhamentos e a participação da comunidade nas atividades da UBS, além da importância de assistir as consultas. Estas atividades tiveram aceitação ótima pela comunidade, pois através delas as pessoas perceberam mais perto a saúde, nas suas casas, suas vidas com uma integração da UBS ao bairro e a vida comunitária, perceberam ainda o interesse da equipe de saúde para melhorar sua qualidade de vida, além disso, o trabalho com a comunidade sobre prevenção e conscientização sobre doenças crônicas como DM e HAS também deve ser continuado, é um trabalho sem fim, pois devemos sempre estar em contato com a população e realizando trabalhos educativos assim que diversas orientações forem repassadas para todos os com diabetes e com hipertensão, como a alimentação mais adequada e mais saudável, sinais e sintomas da doença e suas complicações.

A formação dos grupos de com hipertensão e com diabetes foi adequada e atitudes que estão dando certo, pois nos locais que conseguimos formar os grupos notamos a adesão dos usuários, bem como a participação dos mesmos mensalmente como uma alternativa de tratamento e melhora, podem melhorar cada vez mais, pois o intuito é continuar convidando outros profissionais para participar e enfatizar conhecimento com os grupos. Os grupos fizeram bem a todos os usuários e trouxeram boas mudanças nos hábitos de vida deles e seus familiares, nos quais incluímos a execução de atividades físicas como alongamentos e movimentos rotativos das articulações e caminhadas sempre monitoradas pelo médico ou enfermeira antes de iniciar as atividades dos grupos e ao finalizar as mesmas. Eles querem que os grupos continuem com a mesma qualidade, após o término da intervenção.

Informou-se a comunidade sobre a existência do programa e orientou-se a população sobre fatores de risco para desenvolver HAS e DM e da importância da pesquisa de DM em quem tem PA maior de 135/80 mmHg. A capacitação de toda a equipe da saúde foi realizada em relação ao uso do protocolo de Hipertensão e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde, tendo esse objetivo sido alcançado com a equipe capacitada. Nesta capacitação, tivemos boa aceitação porque todas as mulheres da equipe gostam de aprender, dessa forma conseguimos a meta de qualificação da prática clínica atingindo a capacitação das ACSs com o cadastro correto de HAS e DM da área de abrangência da unidade. Também se alcançou a capacitação de equipe para a correta tomada de pressão arterial e realização de hemoglicoteste. Uma dificuldade foi que os usuários não se encontravam em seus domicílios nos horários de trabalho das ACSs para poder ser cadastrados, sendo necessária uma troca de horários das agentes em um dia para poder cadastrá-los.

Os atendimentos também foram realizados com êxito. Realizaram-se exame clínico apropriado a 100% dos usuários com hipertensão e com diabetes cadastrados (aferição de sinais vitais, exame dos pés incluindo avaliação dos pulsos e sensibilidade, realização de escores de risco cardiovascular), orientação para realizar atividade física diária de acordo com sua capacidade física, incentivo de hábitos de vida saudável como também foram realizados nos atendimentos, tornando a atenção integral visando a qualidade, exames de rotina complementares como hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol e frações, triglicerídeos, ácido úrico, creatinina, ureia, microalbuminúria, exame de urina, hemoglobina glicada, radiografia de tórax e eletrocardiograma de acordo com o protocolo.

É importante sinalizar que não tivemos dificuldade com a realização dos exames citados anteriormente, pois a maioria tinha feito seus exames anuais desde o início de nosso trabalho na UBS e continuamos os acompanhamentos com os casos novos cadastrados. Além disso, foram feitas avaliação oftalmológica e odontológica para 100% dos usuários cadastrados, houve troca dos medicamentos utilizados por medicamentos da farmácia popular, apesar de ser cumprida de forma parcial, porque alguns usuários não quiseram trocar medicação dada pelo cardiologista, sendo mais frequente nos idosos.

Também realizamos capacitação de toda a equipe da saúde em um processo de caráter contínuo, o qual foi muito interessante e necessário baseado na

conscientização dos familiares dos usuários e da comunidade em geral com boa aceitação e ótimos resultados, contando com apoio de nossa equipe em especial das ACSs e os estagiários de enfermagem da URI para a busca do estilo de vida saudável em cada núcleo familiar, como alimentação saudável, prática de exercícios regulares para evitar o sedentarismo, assim como diminuição do consumo de álcool e tabagismo.

As ACSs empenharam-se bastante durante todo processo de coleta de dados, avisando a comunidade sobre a busca ativa, estando presentes nas datas marcadas, junto com a comunidade, para nossas reuniões e na atualização da ficha-espelho dos usuários e no cadastramento no Programa HIPERDIA. Os registros da intervenção foram ótimos e atualizados para 100% dos usuários cadastrados. O monitoramento dos registros foi feito semanalmente para levar o controle daqueles usuários com exames ou outras avaliações pendentes e assim planejar novas ações até conseguir a atualização dos registros de cada um desses usuários.

Nossa comunidade ficou muita envolvida e motivada com o projeto, com a participação ativa nas ações planejadas. Os potenciais líderes, que se podem identificar, são os pastores das igrejas dos bairros. Foram feitas algumas atividades fora da estrutura da UBS, como as conversas planejadas no bairro Aparecida, ademais das atividades dos grupos que foram feitas nas igrejasoutrasatividades educativasoferecidas na rádio comunitária local para a população frederiquense em geral.

As reuniões como previstas aconteceram todas as sextas-feiras e nelas conversamos e apontamos nossas falhas para dar continuidade ao trabalho e cada vez mais melhorar e qualificar nosso atendimento.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas para nosso projeto foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta de dados e sistematização de dados e cálculos dos indicadores a principal dificuldade foi que eu não tinha experiência neste tipo de trabalho e até entender o que era que tinha que fazer com os dados coletados levou um mês, além disso, outras dificuldades vieram depois de ter remapeado o território no mês de início da intervenção e até as ACSs se familiarizarem com as variantes de suas áreas foi um caos! Algumas ficaram com quase o mesmo território e outras tiveram alterações mais importantes, além disso, a tardança para me entregar os dados o primeiro mês, o que depois melhorou e não tivemos maiores problemas só a falta de tempo para completar os dados de todo o território.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção continua por que faz parte de nossa rotina de atendimento diário e é bem aceita tanto pelos profissionais da unidade, quanto pela comunidade, pois temos melhoria no acolhimento dos usuários, pois se ampliou os diálogos entre profissionais da saúde e os usuários de maneira humanizada e escuta qualificada, também melhorou a qualidade da assistência e fluxo das informações sobre os direitos e deveres dos usuários em relação aos serviços e funcionamento do sistema de saúde.

Assim como uma atenção completa e adequada para um melhor seguimento e controle dos mesmos, assim está mais bem atendida a população. Também houve mudança na vida diária dos usuários e transformação na rotina e saúde deles, o que permitiu fazer uma avaliação dos meses de trabalho, que foi estimulante para todos nós e para a população em geral. Quanto aos profissionais ganhamos uma equipe mais unida e satisfeita com nosso trabalho, a intervenção pode ser cada vez mais melhorada adequando e continuando as reuniões e o planejamento e avaliação.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O trabalho realizado durante as 12 semanas de intervenção teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários com hipertensão e com diabetes da área de abrangência da unidade de saúde da unidade Aparecida que tem 4.125 pessoas na área de abrangência, com a população alvo de 627 com hipertensão e 155 com diabetes. A meta estabelecida foi de atender a 80% da cobertura o que seriam 501 com hipertensão e 124 com diabetes, do qual foi alcançado 69,5% de cobertura para os com hipertensão representado por 436 usuários e 78,1% de com diabetes representados por 121 usuários cadastrados e acompanhados. As metas não foram atingidas porque foram afetadas pela execução em 12 semanas das ações planejadas para 16 semanas.

Em relação ao objetivo 01: Ampliar a cobertura do programa aos com hipertensão e/ou com diabetes, a meta 1.1 Cadastrar 80% dos com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde, a proporção de com hipertensão que conseguimos classificar, no primeiro mês quando iniciamos o grupo foi de 118 usuários (18,8%), no segundo mês foram 279 usuários (44,5%) e no terceiro mês completamos 436 usuários (69,5%) de um total de aproximadamente de 627 usuários com hipertensão residentes no território área de abrangência da UBS (Figura 1).

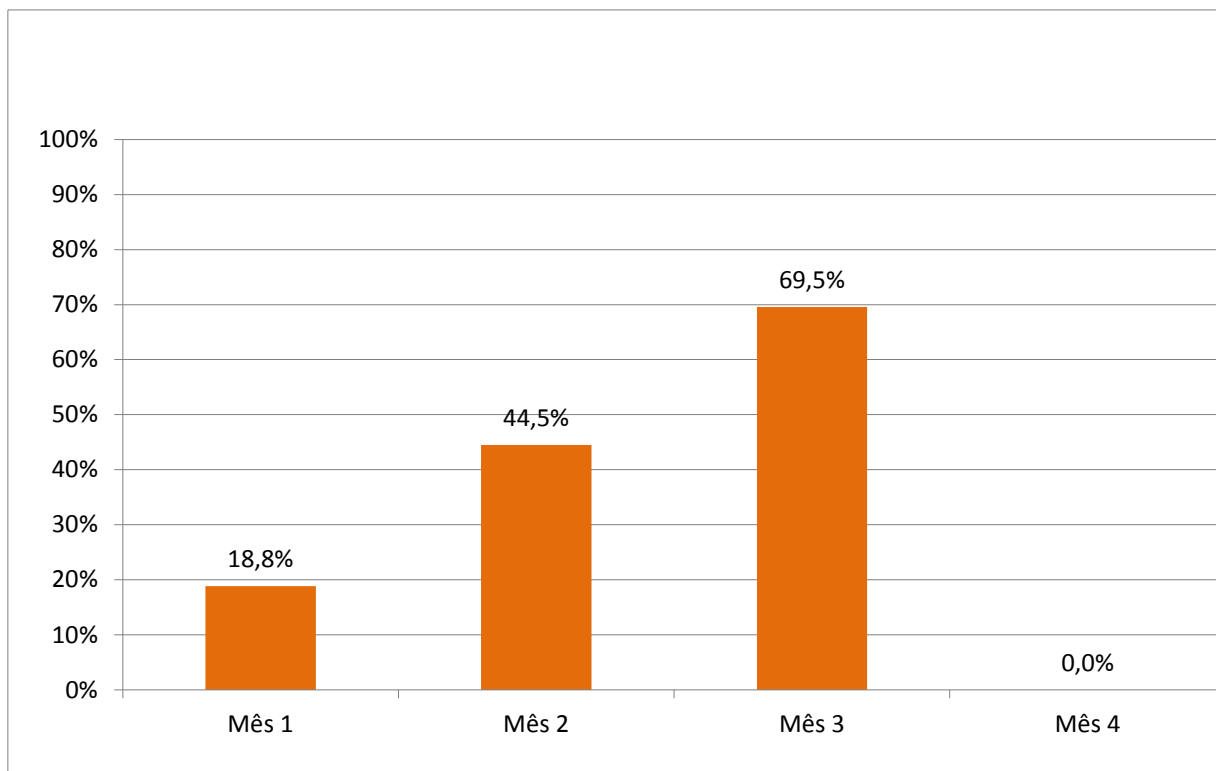


Figura 1: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Aparecida, Frederico Westphalen/RS, 2015.

O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao hipertenso não foi a esperada, pois não atingimos o percentual de nossa meta de 80% de toda a área de abrangência da equipe. Caracterizando que nossa estratégia foi adequada só que foi afetada pela execução em 12 semanas das ações planejadas para 16 semanas

Em relação ao objetivo 01 e sua meta 1.2 Cadastrar 80% dos com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde, conseguimos classificar no primeiro mês, quando atendemos 11 usuários (7,1%), no segundo mês foram 76 usuários (49%) e no terceiro mês completamos 121 usuários (78,1%) de um total aproximadamente de 155 com diabetes residentes no território área de abrangência da UBS (Figura 2).

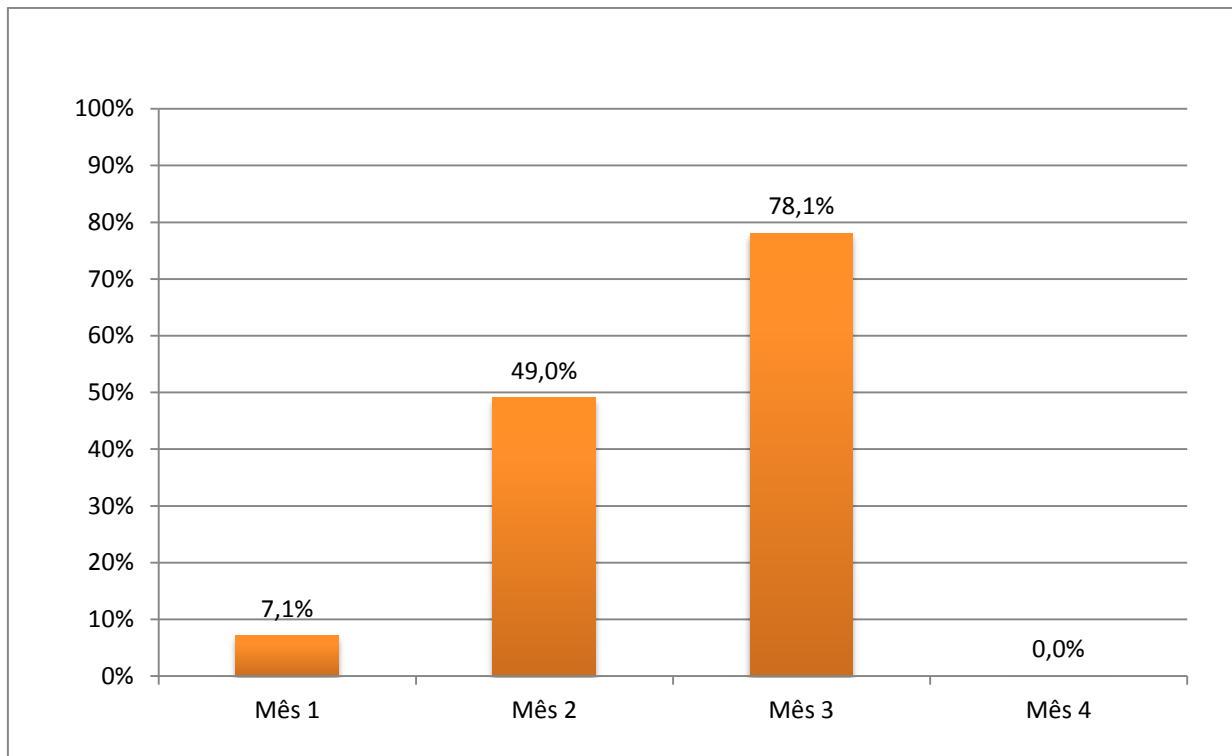


Figura 2: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Aparecida. Frederico Westphalen/RS, 2015.

O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao diabético também não foi ótima, pois não atingimos o percentual de nossa meta esperado de 80% de toda a área de abrangência da equipe. Também afetada como a meta anterior pela redução de quatro semanas quando a intervenção estava planejada para 16 semanas

Em relação ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a com hipertensão e/ou com diabetes para a primeira meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos com hipertensão e a segunda meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos com diabetes. Observamos que a proporção de com hipertensão que apresentam exames clínicos em dia no primeiro mês de intervenção foi de 100%, sendo que no primeiro mês foram 118 com hipertensão, no segundo 279 e no terceiro mês 436.

Para os com diabetes foi atingida a meta de 100% em todos os meses da intervenção. Destaca-se que no primeiro mês foram realizados 11 exames, já no segundo mês foram 76 e por fim no terceiro mês 121 usuários receberam os exames em dia.

Nota-se que houve um aumento da proporção de com diabetes acompanhados ao longo dos meses da intervenção por isso conseguimos alcançar as metas planejadas. Já para com hipertensão nota-se que houve aumento gradual dos exames realizados durante a intervenção, mas não foi possível atingir 100% nos três meses de intervenção.

A terceira meta do objetivo 02: Garantir a 100% dos com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Observamos que a proporção de com hipertensão que apresentam exames periódicos em dia no primeiro mês de intervenção foi de 94,9% (112), para com hipertensão melhorando-se nos demais meses, atingindo 100% de cobertura, sendo que no segundo mês foram 279 usuários e no terceiro mês 436 usuários, como pode ser observado na figura 3.

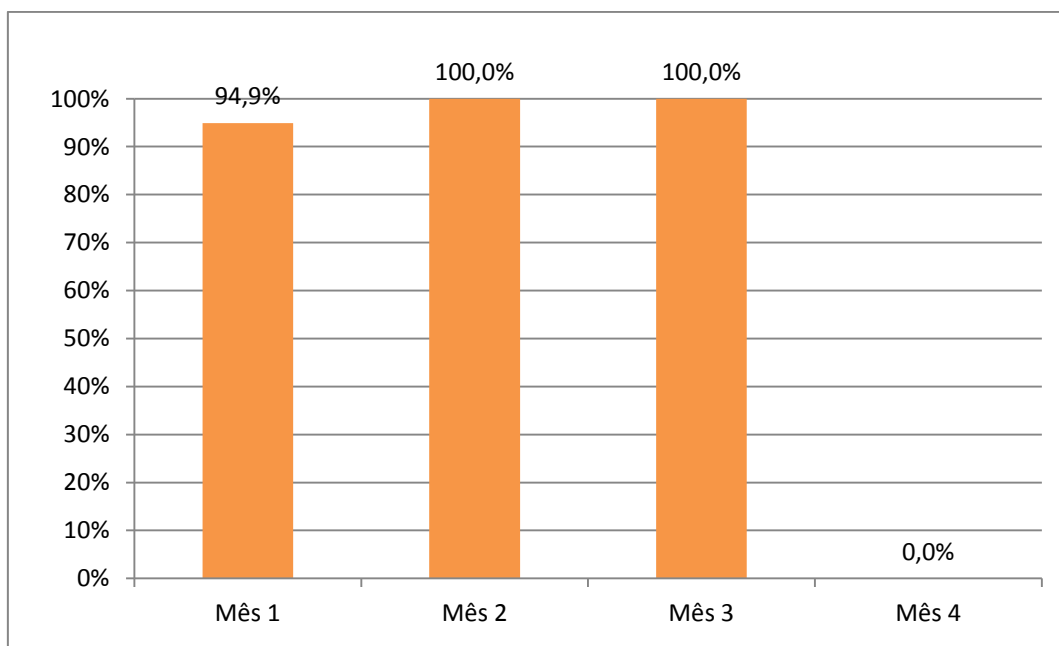


Figura 3: Proporção de com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Frederico Westphalen/RS, 2015.

Para a quarta meta do objetivo 2, garantir a 100% dos com diabetes a realização de exames complementares em dia a meta foi atingida para 100% dos usuários cadastrados desde o primeiro mês da intervenção, mantendo-se no segundo e terceiro mês com muito empenho da equipe. Sendo que foram realizados em 11 usuários os exames complementares no primeiro mês, no segundo 76 exames

complementares e no último mês 121 exames complementares em dia, compatível com o número de usuários cadastrados em cada mês.

A realização dos exames solicitados correspondeu-se com nossas expectativas. Não houve dificuldades maiores na coleta dos dados, pois temos tudo nos prontuários e na ficha-espelho dos usuários e o cálculo dos indicadores é feita automaticamente.

A quinta meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde. Podemos verificar através da coleta dos dados que 91,5% (107) dos usuários no primeiro mês de intervenção estavam com tratamento de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA em dia, esta proporção foi melhorando no segundo mês para 96,4% (268 usuários) e alcançando 97,7% (425 usuários) no terceiro mês, já que temos alguns usuários que não usam medicamentos da farmácia popular porque fazem seguimento com médicos e cardiologistas que indicam outra medicação, e por melhor controle da doença não foram trocados. valores que demonstram o alcance do objetivo 02, referente à melhoria da qualidade do atendimento ao hipertenso. A meta foi praticamente alcançada, mostrando que o tratamento dos com hipertensão está de acordo com o protocolo (Figura 4).

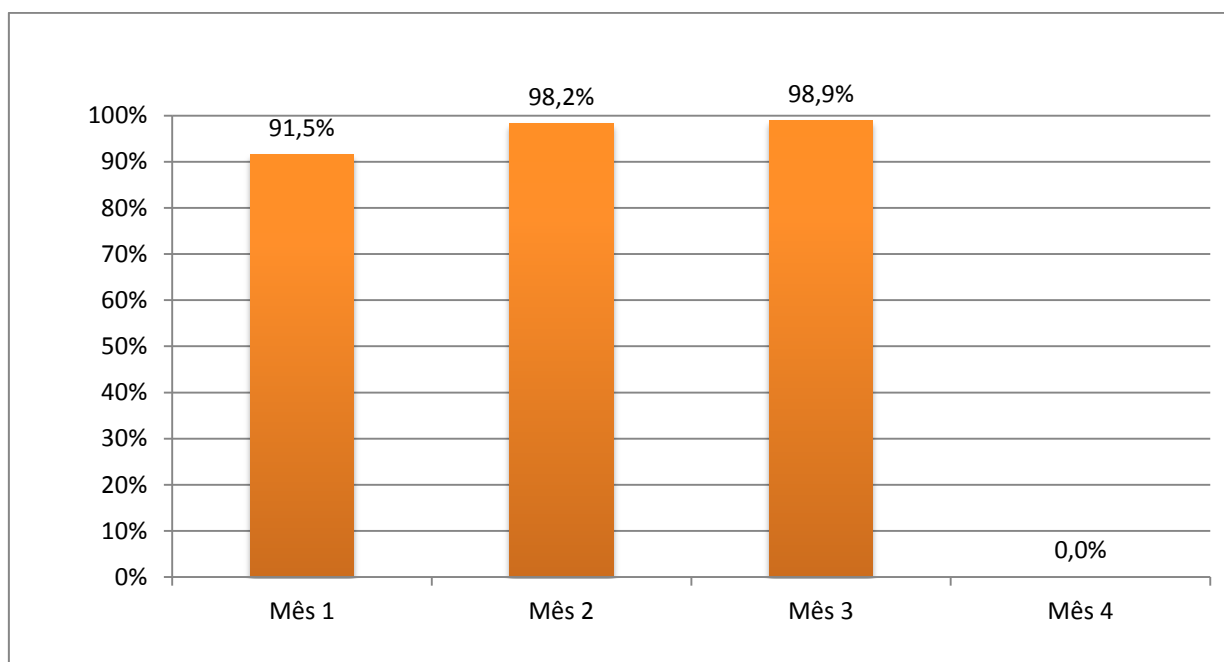


Figura 4: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na unidade de saúde Aparecida. Frederico Westphalen/RS, 2015.

A sexta meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos com diabetes cadastrados na unidade de saúde. Verificamos através da coleta dos dados referidos que o 90,9% (10) dos usuários no primeiro mês receberam prescrição desses medicamentos, 98,7% (75) no segundo e 99,2% (120) no terceiro mês de intervenção estavam com tratamento de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA em dia.

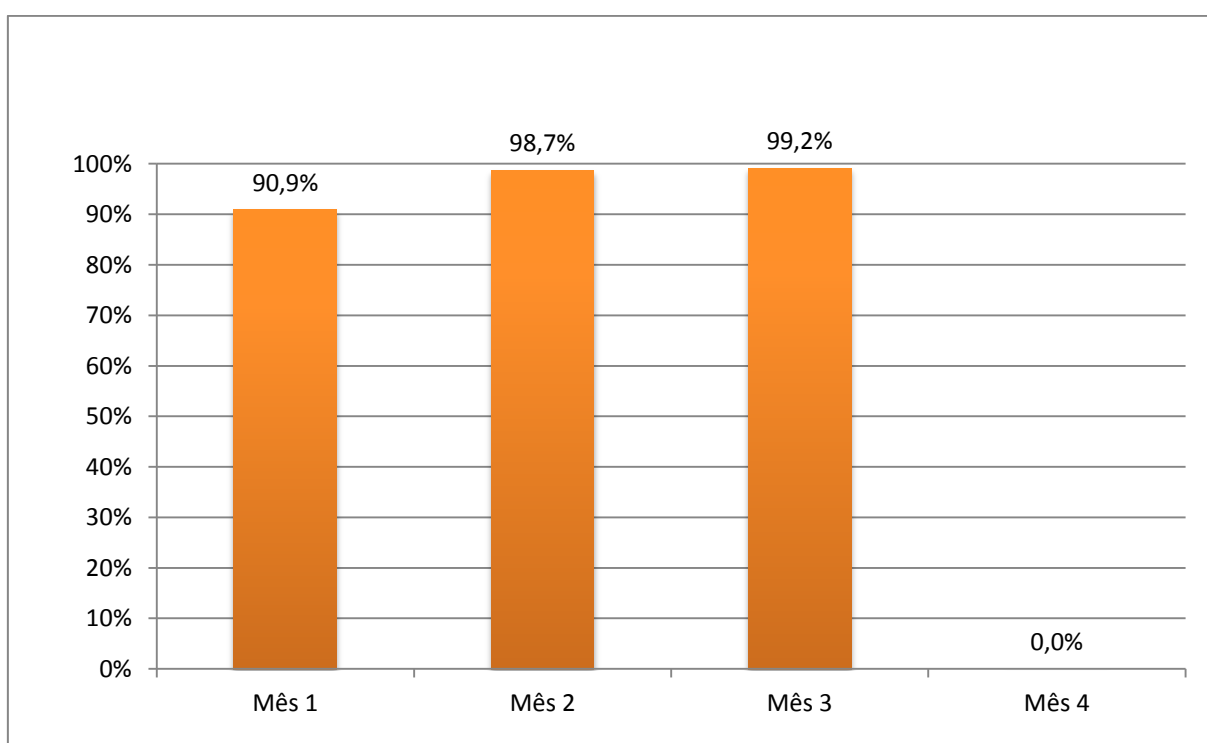


Figura 5: Proporção de com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na unidade de saúde Aparecida. Frederico Westphalen/RS.

Os usuários que não têm medicação da farmácia popular fazem seu controle com outros medicamentos, porque só conseguiram seu controle metabólico com outros hipoglicemiantes que não fazem parte da rede da Farmácia Popular. Nota-se pela figura 6 os valores que também demonstram o alcance do objetivo 02, referente à melhoria da qualidade do atendimento ao diabético, mostrando que o tratamento dos com diabetes está de acordo com protocolo.

A sétima meta do objetivo 02: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos com hipertensão. Com relação a isso a consulta odontológica programática aumentou progressivamente, chegando a 100% dos usuários cadastrados ao final de cada mês. Atingimos no primeiro mês da intervenção 118 usuários com hipertensão, já no segundo mês foram 279 usuários com hipertensão e, por fim 436 com hipertensão.

Com relação a oitava meta do objetivo 2: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos com diabetes. A consulta odontológica programática aumentou progressivamente, chegando a 100% dos usuários cadastrados ao final de cada mês. Atingimos no primeiro mês da intervenção 11, já no segundo mês foram 76 e no terceiro mês 121 usuários.

Nota-se que as ações realizadas pela equipe de saúde bucal como diálogos sobre promoção de saúde e prevenção e controle de câncer bucal, higiene adequada dos dentes, riscos do tabagismo, importância da consulta odontológica, ademais a realização de exames e diagnósticos odontológicos foram relevantes e importantes, pois os usuários passaram a procurar o serviço com maior regularidade.

Em relação ao objetivo 03: Melhorar a adesão de com hipertensão e/ou com diabetes ao programa. Primeira meta: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada. De acordo com o indicador a proporção de com hipertensão com atraso nas consultas no primeiro mês foi feita a busca ativa de quatro usuários, no segundo mês a busca ativa de três usuários e no terceiro mês da intervenção também foi feita a busca ativa de outros dois usuários. Ao final do período todos os cadastrados estavam com consulta em dia.

A segunda meta do objetivo 03 foi buscar 100% dos com diabetes faltosos às consultas, o qual de acordo com o indicador a proporção de com diabetes com atraso nas consultas, no primeiro mês foi feita a busca ativa de um diabético, no segundo e terceiro mês da intervenção todos os cadastrados estavam com consulta em dia dessa forma ao final do período todos os usuários estavam com suas consultas em dia porque alcançamos as metas planejadas.

As reuniões semanais previstas foram realizadas todas às sextas-feiras pelo qual conseguimos dar andamento ao projeto e sua revisão semanal. Semanalmente avaliamos os usuários cadastrados e faltosos para planejar busca ativa e agendamos datas para realizar as intervenções e visitas domiciliares para aqueles usuários que não podem comparecer até unidade.

Enfrentamos poucas dificuldades e uma delas, foi à dificuldade com o transporte para fazer as visitas domiciliares e outras ações como controle de pressão arterial e os testes rápidos de glicemia capilar (HGT), o qual foi resolvido por nossa secretaria de saúde no menor tempo possível. Outras dificuldades foram às situações climatológicas, ou seja, dias chuvosos que afetarem o trabalho da equipe.

Em relação ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações, a primeira e segunda meta foi manter ficha de acompanhamento de 100% dos com hipertensão e com diabetes cadastrados na unidade de saúde, respectivamente. Alcançamos 100% dos com hipertensão e com diabetes cadastrados na área de abrangência da equipe para o registro adequado na ficha de acompanhamento.

Sendo que o indicador para os com hipertensão comportou-se da seguinte maneira: primeiro mês 118 usuários, segundo mês 279 usuários e no terceiro mês 436 usuários. Durante o primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção conseguiu-se atualizar os registros do total de usuários cadastrados dentro do mês, dessa forma ao final do período 100% dos usuários com diabetes tiveram seus registros em dia, sendo que no primeiro mês foram 11 (100%), no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês da intervenção 121 (100%).

Em relação com o objetivo 05: Mapear os com hipertensão e com diabetes de risco para doença cardiovascular a primeira e segunda meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos com hipertensão e com diabetes cadastrados na unidade de saúde, respectivamente.

Sendo que o indicador para os com hipertensão comportou-se da seguinte maneira: primeiro mês 118 (100%) usuários, segundo mês 279 (100%) usuários e no terceiro mês 436 (100%) usuários. Durante o primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção conseguiu-se mapear o total de usuários cadastrados dentro do mês,

dessa forma ao final do período 100% dos usuários com diabetes tiveram mapeamento do risco para doença cardiovascular, sendo que no primeiro mês foram 11 (100%), no segundo mês 76 (100%) e no terceiro mês da intervenção 121 (100%).

Em relação ao objetivo 06: Promover à saúde de com hipertensão e com diabetes, a primeira e segunda meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos com hipertensão e com diabetes, respectivamente. As metas planejadas foram atingidas na proporção de com hipertensão e com diabetes que receberam orientação nutricional. Sendo que o indicador se comportou da seguinte forma: 118 no primeiro mês para com hipertensão e 11 com diabetes, 279 com hipertensão e 76 para com diabetes no segundo, por fim 436 com hipertensão e 121 com diabetes no terceiro, atingindo em todos os meses de intervenção 100% da meta proposta.

Os com hipertensão e com diabetes cadastrados no programa receberam orientações nutricionais com auxílio dos profissionais nutricionistas da URI e orientações dos profissionais da unidade, feitas em consultas individuais, conversas em sala de espera e visitas domiciliares.

Seguindo o objetivo 06 alcançamos a terceira e quarta meta respectivamente: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão e com diabetes. A proporção dos com hipertensão e com diabetes cadastrados que receberam orientação sobre atividade física foi atingida com os resultados esperados. Sendo que no primeiro mês foram 118 (100%) com hipertensão, 279 (100%) no segundo mês e 436 (100%) no último mês. Já para os com diabetes foram no primeiro mês 11 (100%), no segundo 76 (100%) e no último 121 (100%) usuários.

A atividade física e as orientações nutricionais são de grande importância para a redução do quadro hipertensivo, através das mudanças nos hábitos de vida, como redução de peso, redução do índice de massa corpórea e redução do consumo de bebidas alcoólicas.

A quinta e sexta meta do objetivo 06: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão e com diabetes, respectivamente

também foram atingidas em relação à proporção planejada dos com hipertensão e com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Destaca-se que no primeiro mês todos os 118 com hipertensão receberam orientação, no segundo mês todos os 279 e no terceiro mês todos os 436 receberam orientação. Já para os com diabetes a evolução o indicador procedeu da seguinte maneira: primeiro mês 11 (100%) usuários, no segundo mês 76 (100%) usuários e no terceiro mês 121 (100%) usuários.

A sétima e oitava meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão e com diabetes, respectivamente. Também foram atingidas em relação a proporção planejada dos com hipertensão e com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal, ao longo dos meses da intervenção e coleta de dados da proporção dos com hipertensão e com diabetes cadastrados, atividade esta realizada em conjunto com toda a equipe de saúde.

Dessa forma ao final do primeiro mês de intervenção 118 usuários com hipertensão haviam recebido orientação, no segundo mês foram 279 e no terceiro mês foram 436, já para os com diabetes no primeiro mês foram 11, no segundo 76 e no terceiro 121 usuários com orientação, mantendo em 100% durante toda a intervenção.

Em relação às ações realizadas todas foram muito importantes e de impacto para o serviço. A introdução do uso dos protocolos atualizados de atendimento de com hipertensão e com diabetes também foi fundamental na melhoria do atendimento em nossa unidade de saúde. Nossa primeira ação realizada foi quando as ACSs foram até os bairros de nossa área de abrangência para fazer os convites a todos os com diabetes e/ou com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS para serem parte de nosso projeto, sendo o primeiro acolhimento que eles tiveram da equipe.

4.2 Discussão

Com nossa intervenção alcançamos resultados muito favoráveis para a população entre os quais podemos citar ampliação da cobertura de atenção a com hipertensão e com diabetes da área de abrangência, melhoria do acompanhamento da doença desses usuários e da qualidade da atenção oferecida, melhorou a adesão ao tratamento; diminuição do número de encaminhamentos por complicações, melhoria dos registros, assim como a atenção qualificada e completa que agora recebem, com destaque a realização do exame periódico dos pés dos com diabetes e a avaliação de risco, de ambos os grupos.

Alguns usuários conseguiram perder peso e a maioria manteve os níveis glicêmicos menores e normais, se comparados com a situação anterior ao entrarem no programa. Foi proporcionado maior conhecimento sobre DM e HAS e suas complicações para toda a equipe e para a comunidade em geral, o que permitiu um maior conforto e bem-estar aos usuários. Vale ressaltar que o sucesso dependeu de um conjunto de ações de caráter educativo, terapêutico e de controle de seguimento, desenvolvidas com a participação da equipe multiprofissional e apoio dos gestores/gestão da secretaria e engajamento da comunidade.

A intervenção melhorou a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e com diabetes na UBS através da capacitação da equipe para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes Mellitus, sendo de grande importância a constante capacitação dos profissionais. Esta atividade promoveu um trabalho em conjunto, com uma equipe multidisciplinar com o apoio de todos os profissionais da unidade, o trabalho das técnicas de enfermagem através da aferição dos sinais e realização dos glicotestes e controle de pressão arterial, das enfermeiras através de consultas de enfermagem, diálogos e acompanhamento dos usuários, de diversos profissionais na avaliação de risco e através de conversas com psicólogos, nutricionistas, preparadores físicos do ministério de educação na execução de atividades físicas sempre monitoradas.

Destaca-se também a ação do ACS da área, que esteve sempre junto nos encontros, sendo responsável pelo acolhimento e busca ativa dos participantes faltosos e também através de informações aos familiares com a educação contínua

nas visitas domiciliares, pois ao ter maior capacitação eles têm maior capacidade de detectar sinais de risco nos usuários e possibilitar o conhecimento desses usuários pela equipe. O secretário de saúde mostrou todo apoio necessário para viabilização dos estudos solicitados, as responsáveis pelos agendamentos na secretaria de saúde realizaram os agendamentos de consultas e exames solicitados. Ganhamos a equipe consolidada e que aprendeu a trabalhar segundo um protocolo de forma coordenada e multidisciplinar, articulando-se de maneira efetiva com a comunidade.

O processo de intervenção acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço e o engajamento de outros profissionais, como nutricionista e psicóloga, que realizaram algumas atividades nos grupos de saúde desenvolvidos e outras rodas de conversas na comunidade.

A introdução do uso dos protocolos de atendimento de com hipertensão e com diabetes também foi uma grande melhoria para nosso serviço assim como fundamental na melhoria do acolhimento e atendimento na unidade de saúde. Também proporcionou a visualização de que a saúde desses usuários também depende do acompanhamento de outros profissionais, não só do médico ou enfermeiro, depende de uma equipe de profissionais, por exemplo, a nutricionista e o dentista, os quais também são indispensáveis para evitarmos complicações de doenças, pois é importante o trabalho em equipe pelo bem-estar do usuário para manutenção da motivação do mesmo em não abandonar o tratamento, sendo talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação aos usuários com hipertensão e com diabetes.

Todas estas ações realizadas junto com a equipe permitiram a atenção ao maior número de usuários acolhidos na unidade e nos sítios distantes com auxílio da unidade móvel. A melhoria do registro e do agendamento dos com hipertensão e com diabetes possibilitou a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea e programada. A classificação do risco dos com hipertensão e com diabetes é crucial para a priorização e agendamento dos usuários segundo o risco e a necessidade de cada um deles, bem como para o monitoramento e tratamento deles.

Os participantes da intervenção e seus familiares demonstraram satisfação em fazer parte dele e notaram as diferenças em suas vidas com as mudanças realizadas

no grupo, de maneira que querem continuar com os encontros. As pessoas aparentaram satisfação pela priorização no atendimento, reduzindo o tempo de espera e pela garantia dos serviços cada vez mais próxima de casa.

A intervenção permitiu a conscientização sobre a saúde dos usuários com hipertensão e com diabetes é responsabilidade de outros profissionais e não apenas do médico ou enfermeiro, mas que a nutricionista, o técnico de enfermagem, o ACS, o dentista e o fisioterapeuta são indispensáveis para evitarmos complicações, devido essas patologias, pois é importante o trabalho em equipe para manutenção da motivação do usuário em não abandonar o tratamento, sendo talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação aos com hipertensão e com diabetes.

A intervenção foi bem acolhida pela comunidade que gostou de participar em as ações realizadas e notaram as diferenças em suas vidas com as mudanças realizadas na alimentação mais saudável com maior incorporação de vegetais e frutas a dieta e menor quantidade de gordura, fritura e embutidos o que melhorou em toda a família, não apenas no usuário. A atividade física foi incentivada e já é realizada pela comunidade. Os usuários com hipertensão e com diabetes aparentaram satisfação pela priorização no atendimento reduzindo o tempo de espera e pela garantia dos serviços cada vez mais próximos de casa.

Acredito que o trabalho de prevenção e conscientização sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com a comunidade é muito importante, também deve ser continuado, devemos sempre estar em contato com a população e realizando trabalhos educativos temos uma comunidade de nível socioeconômico e educativo médio alto, o que facilita nosso trabalho.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos articulado melhor as atividades desenvolvidas pela equipe. Também faltou uma melhor articulação com a comunidade pela falta de organização das mesmas, já que não tem representantes de bairros e os líderes identificados nas comunidades são os pastores das igrejas, o que dificultou a explicação dos critérios de priorização da atenção e discussão da melhor maneira de implementar isto.

O projeto alcançou seu objetivo. A intervenção já foi incorporada na rotina do serviço, pois os encontros continuam acontecendo, porém agora quinzenalmente, mas devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e principalmente dos familiares, dos com diabetes e com hipertensão, quanto à necessidade das mudanças de hábitos para alcançar uma melhor qualidade de vida e saúde. Percebo que a equipe está integrada e interessada em dar continuidade à intervenção na rotina do serviço, porém continuamente temos que realizar avaliação da qualidade e da atenção prestada ao usuário hipertenso e diabético.

Provavelmente a partir da primeira metade do próximo ano (janeiro-julho) pretendemos investir na ampliação de cobertura dos com hipertensão e com diabetes até atingir a meta de 100% dos usuários com diabetes e com hipertensão da área de abrangência. Tomando este projeto como exemplo futuramente quem sabe implementar outros programas na área, como o programa de pré-natal e puerpério ou atenção de saúde da pessoa idosa.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezada Secretária, após cumprimentar vossa senhoria, gostaria de agradecer seu apoio para realizar o Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade de educação à distância, ministrado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), mas também a sua equipe de trabalho pela confiança depositada na equipe da ESF 4 do Barrio Aparecido município de Frederico Westphalen/RS. Temos certeza que sem vossa contribuição não teríamos alcançado os resultados, no período de 12 semanas, período compreendido entre maio, junho, julho de dois mil e quinze, no programa de Atenção à Saúde da Pessoa Hipertensa e/ou Diabética, que hoje nos fazem sentir orgulhosos de fazer parte da Rede de Serviços de Saúde do município.

Baseado nos dados facilitados pela secretaria de saúde foi possível estimar a população hipertensa e/ou diabética de 20 anos ou mais residente na área de abrangência da Unidade, tal estimativa foi o ponto de partida para calcular os indicadores previstos para o monitoramento e avaliação das ações propostas. Antes de falar sobre os resultados, gostaria de comentar que, os registros do acompanhamento dos com hipertensão e/ou com diabetes usuários do Programa de acompanhamento de usuários com HAS e/ou DM, em alguns casos não incluíam avaliação de risco cardiovascular e da necessidade de atendimento odontológico, enquanto outros tinham os registros incompletos com exames clínicos e complementares atrasados e outros aspectos importantes para alcançar uma atenção integral. Com a implementação do Projeto de intervenção proposto no curso esse panorama mudou positivamente.

Antes a equipe de saúde acompanhava 408 com hipertensão, e 93 com diabetes. Durante a intervenção, a cobertura atingiu: no primeiro mês 118 usuários

com hipertensão e 11 usuários com diabetes, no segundo mês 279 com hipertensão e 76 com diabetes e no terceiro mês 436 com hipertensão e 121 com diabetes, refletindo frequência de acesso dos usuários ao programa.

Todos esses com hipertensão e/ou com diabetes tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade e apenas no terceiro mês da intervenção que foram cadastrados três com hipertensão que não usam medicamentos da farmácia popular porque realizam tratamento com medicamentos associados que não são adquiridos pela unidade. Os com hipertensão e/ou com diabetes atendidos apresentam exames clínicos e complementares periódicos em dia e estratificação do risco cardiovascular. Os registros adequados e a busca ativa dos faltosos pelos ACSs permitiu que esses exames e estratificação de risco fossem atualizados

A consulta odontológica programática aumentou progressivamente chegando a 96,6% para com hipertensão e 100% dos com diabetes cadastrados ao final de cada mês. As ações realizadas pela equipe de saúde bucal foram importantes, pois os usuários passaram a procurar o serviço com maior regularidade. Os usuários atendidos no Programa receberam orientação nutricional, sobre prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal com auxílio dos profissionais nutricionistas da Universidade e dos profissionais.

Consideramos que os resultados obtidos na intervenção significam um ganho na qualidade do serviço oferecido pela Equipe V, visando a um enfoque de promoção de saúde, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o fato de hoje poder ter o registro dos dados que permitam fazer tais inferências nos coloca numa posição privilegiada, comparado com o período anterior à intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Bom dia comunidade da cidade de Frederico Westphalen!

Apresenta-se esse relato porque nós, profissionais da Unidade de Saúde Aparecida, sentimos a necessidade de informar a cada um de vocês às mudanças acontecidas em nosso atendimento. Ultimamente nosso serviço está mais organizado, graças ao empenho da equipe de trabalho de nossa unidade.

Vocês se perguntaram em muitas ocasiões porque tinham preferência nos atendimentos os com hipertensão e com diabetes e porque eram mais demorados os atendimentos. A resposta está no sucesso de nosso projeto. Hoje vocês conhecem o porquê de cada pergunta. Em nossa unidade promovemos saúde aos com hipertensão e com diabetes da nossa área de abrangência levando em conta as diretrizes e protocolos de atendimentos onde está envolvida toda a equipe através de um projeto feito para a melhoria dos atendimentos dos com hipertensão e/ou com diabetes de nossa área de abrangência com a intenção de melhorar sua qualidade de vida deles.

Isto foi feito para que essas pessoas pudessem receber as orientações nos diferentes espaços, para tomar as medidas necessárias com objetivo de evitar a ocorrência daquelas complicações potencialmente evitáveis e conseguir o controle das doenças crônicas, com a segurança de que, em caso de adoecimento, serão prontamente acolhidos e atendidos pelos profissionais da Unidade e receberão assistência digna, integral e humanizada. Contudo, consideramos, ainda, que podemos fazer mais e melhor com a integração de todos os membros da comunidade e organizações sociais.

Temos garantido o atendimento aos com hipertensão e com diabetes na Unidade. Foram feitas conversas com apoio da equipe de nutricionistas e psicólogas da URI, assim como nossa equipe de saúde bucal realizou visitas domiciliares semanais com ACS, médica e enfermeira. Antes da intervenção foram atendidos 408 com hipertensão e 93 com diabetes e como resultado, da proposta realizada, entre maio, junho, julho e agosto de dois mil e quinze, conseguiu-se abranger 436 com hipertensão e 121 com diabetes. A todos eles ofertamos avaliação clínica com exame clínico e exames complementares periódicos apropriados, verificação de peso e altura para avaliação nutricional, verificação de pressão arterial, controle de glicemia em jejum no caso dos com diabetes, avaliação para atendimento odontológico, registro das informações, avaliação de risco cardiovascular, promoção de saúde e orientações acerca da alimentação saudável, atividade física regular, higiene bucal e risco do tabagismo.

Podem ter a certeza que o programa beneficiará a uma quantidade maior de com hipertensão e com diabetes e vai ser mantido, como parte da rotina de trabalho da equipe. Agradecemos a toda à comunidade pela participação e confiança depositada na equipe de saúde da Unidade para prestar cuidado e pelo apoio recebido para o alcance dos resultados. Esperamos continuar com essa parceria!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Antes de iniciar a especialização minhas expectativas com o curso foram muitas porque eu conheceria diretamente o funcionamento do SUS do Brasil. O curso me proporcionou a oportunidade de elevar meu nível acadêmico e meus conhecimentos profissionais em atenção primária à saúde, principalmente, no enfoque da ESF, de forma prática, para levá-lo até à prática médica do dia-a-dia e em benefício da saúde da população. Também fiquei muito feliz com o curso porque me daria a oportunidade de compartilhar meus conhecimentos com minha equipe de trabalho, com outros profissionais.

Os orientadores frequentemente auxiliaram a todo aquilo que precisei. Agora posso concluir que minhas expectativas foram atendidas, que o curso foi de muita importância e permitiu-me alcançar meus objetivos ao longo do mesmo. O curso abordou temas muito importantes para nosso enriquecimento acadêmico sobre medicina e saúde coletiva.

Como exemplos dos temas têm: Engajamento Público, Demanda Espontânea, Estrutura da UBS, Atribuições dos Profissionais, Atenção à Saúde da Criança, Atenção ao Pré-natal e Puerpério, Atenção a Saúde do Idoso e Saúde bucal, Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e a Análise Situacional. Este último permite avaliar os principais problemas de saúde da população para assim determinar o foco de intervenção e logo planejar estratégias com a finalidade de solucionar os mesmos.

Com a intervenção aprendi que as soluções dos problemas de saúde devem ser encontradas de forma participativa e envolvendo a população, desde o diagnóstico de necessidades, passando pelo planejamento, até a implantação de

intervenções em que a família desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Também aprendi que a assistência oferecida e o acompanhamento adequado aos usuários e o estabelecimento do vínculo com toda a equipe da UBS, são essenciais para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade relacionada às complicações, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS, associado às doenças crônicas por processos educativos, contínuos e de aprendizagem que traduzem conhecimentos, em ações para o autocuidado.

O método à distância para a realização do curso é ótimo. Uma grande vantagem do ensino à distância através da Internet é que pode ser utilizado por um grupo variado de pessoas que dele necessitam e que se encontram longe da sua universidade para "assistir" às aulas. No caso dos casos clínicos, dos estudos de prática clínica, dos questionários, estes foram muito interessantes, pois sempre abordaram temas importantes dentro da prática médica na atenção básica à saúde, ademais permitiram os intercâmbios de opiniões entre os profissionais e os orientadores de forma contínua através dos fóruns.

O caderno de ações programáticas foi uma ferramenta muito útil que nos permitiu realizar a análise situacional, porque facilitou a obtenção de indicadores, tanto de cobertura, como de qualidade, para ações programáticas como pré-natal, puericultura, saúde do idoso e da mulher, atenção ao hipertenso e/ou diabético e saúde bucal, assim como dados gerais da população. O curso foi bem organizado e responde aos princípios que fundamentam o sistema público de saúde brasileiro em cada unidade de estudo e permite interatuar com outros profissionais, acho que fazer tarefas semanalmente é muito bom, já que permitiu planejar durante a semana o jeito individual de cada pessoa para estudar, fazer revisões bibliográficas e trocar ideias, antes de responder as tarefas.

Referências

BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**: protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2006.


SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2013-2014. OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. (Orgs.). São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SBD. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes da Sociedade Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica: 2010. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2010.

Anexos

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Dados para Coletar	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperda ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
	1																	
	2																	
	3																	
	4																	
	5																	
	6																	
	7																	
	8																	
	9																	
	10																	
	11																	
	12																	
	13																	
	14																	
	15																	
	16																	
	17																	
	18																	
	19																	
	20																	
	21																	
	22																	
	23																	
	24																	
	25																	
	26																	
	27																	
	28																	
	29																	
	30																	
	31																	
	32																	
	33																	
	34																	

Anexo C - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Patrícia 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