

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na USF Urbano, Mata/RS**

YANELYS RAMIREZ FERNANDEZ

Pelotas, 2015

YANELYS RAMIREZ FERNANDEZ

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na USF Urbano, Mata/RS**

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

Orientador: Marcos Fábio Turra

Pelotas, 2015

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

F363m Fernández, Yanelys Ramírez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Urbano, Mata/RS / Yanelys Ramírez Fernández; Marcos Fábio Turra, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 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. Turra, Marcos Fábio, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Ao meu orientador Marcos Fábio pelo apoio na realização deste projeto, e a toda a equipe de trabalho, porque sem eles não teria conseguido alcançar esta conquista, e a toda a população por sua participação e compreensão.

Agradecimentos

Agradeço a toda minha equipe de trabalho pelo empenho e dedicação, a todos os profissionais que fizeram parte deste projeto, ao gestor municipal e a toda a população por sua compreensão.

Agradeço ao meu orientador Marcos Fabio por toda sua ajuda, dedicação e apoio constante para que eu pudesse concretizar meu trabalho, obrigada por todo seu esforço.

Aos meus colegas do curso por transmitir confiança e segurança nos momentos mais difíceis.

A minha família e meus pais que sempre são meus guias, obrigada por sua educação, por tudo o que fizeram por mim, por seu carinho e em especial por ser parte de minha vida, para vocês minha eterna gratidão e amor.

Resumo

RAMIREZ, Yanelys Fernandez. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Urbano, Mata/RS.** 2015. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), são problemas graves de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, além de ser atualmente umas das mais comuns e severas no mundo. Considerando a relevância das complicações causadas pela HAS e pelo DM no contexto atual, a elevada prevalência dessas doenças no Brasil, e a falta de acompanhamento na região rural dessa população no município de Mata\RS, justifica-se a escolha do foco no Programa de Hipertensão e Diabetes para intervenção na UBS. Trata-se de uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com 20 anos ou mais de idade, da região rural da UBS no Município Mata, RS. Foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Urbano durante 12 semanas. A região rural da Unidade Básica de Saúde (UBS) Urbano, do Município de Mata\RS conta com uma população de 2193 habitantes, dessa população, 1469 pessoas tem 20 anos ou mais de idade. Os resultados obtidos mostram que de um total de 490 pessoas com hipertensão estimadas para a área de cobertura da unidade avaliamos e cadastramos 260 pessoas com HAS (83,9%) e dentre o total de 140 pessoas com diabetes mellitus estimadas para a área avaliamos e cadastramos 65 pessoas (75,6%). Realizamos exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão (310) e 100% com diabetes mellitus (86) acompanhados no período, assim como também alcançamos 100% com os exames complementares, na avaliação de risco cardiovascular, nas atividades de orientação nutricional, orientação sobre prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Dessa forma, por meio da intervenção realizada foi possível dar início a um monitoramento adequado dos usuários oferecendo consultas com agendamento prévio para alcançar o controle adequado. Também realizamos ações educativas de promoção e prevenção à saúde na unidade e nas comunidades, e reuniões de grupos na UBS. A equipe de saúde teve um maior conhecimento de sua população e conseguiu trabalhar de forma integral. Dessa forma, os gestores e trabalhadores do sistema único de saúde devem efetivar ações para o controle dessas doenças, este trabalho proporcionou melhorias na ampliação da cobertura do programa de hipertensão e diabetes na UBS Urbano, maior eficiência na adesão e acompanhamento dos usuários através de busca ativa e efetiva dos agentes comunitários de saúde (ACS), do controle da pressão arterial e glicemias aumentando a efetividade do programa de hipertensos e diabéticos. Todas as ações foram desenvolvidas nos quatro eixos pedagógicos do curso, visando a contemplação da universalidade, equidade e integralidade, atendendo as diretrizes da Atenção Primária de Saúde, e desta forma melhorar a qualidade do atendimento, e como consequência a qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; doenças crônicas.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da UBS	64
Figura 2	Fotografia do trabalho com grupo	64
Figura 3	Fotografia da Visita Domiciliar	65
Figura 4	Fotografia da Visita Domiciliar	66
Figura 5	Fotografia da Visita Domiciliar	67
Figura 6	Gráfico da cobertura de atenção a Hipertensos na unidade de saúde	69
Figura 7	Gráfico cobertura de atenção a Diabéticos na unidade de saúde.	70
Figura 8	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso	82
Figura 9	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético.	82

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da atenção básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	45
2.3.3 Logística.....	52
2.3.4 Cronograma	56
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	62
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	63
4 Avaliação da intervenção.....	68
4.1 Resultados	68
4.2 Discussão.....	77
5 Relatório da intervenção para gestores	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	86
Referências	87
Anexos	88

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM), na UBS Urbano, município de Mata/RS. Na primeira seção será apresentada a análise situacional sobre a situação da unidade de saúde Urbano, Mata/RS, o relatório da análise situacional e um parágrafo comparativo entre o texto inicial da análise inicial e o relatório final da análise situacional. Na segunda seção será descrita a análise estratégica que aborda a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção. A terceira seção é composta pelo relatório da intervenção onde serão apresentadas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e, por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço. Na quarta seção será contemplada a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão, na quinta e sexta seções o relatório entregue aos gestores e o relatório a ser apresentado à comunidade local. Na sétima seção será apresentada a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e, posteriormente, a bibliografia utilizada durante a elaboração do trabalho, bem como os anexos e apêndices que foram utilizados e produzidos durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Urbano, localizada no município de Mata, fica na zona urbana do mesmo município. Atendemos as comunidades de toda a região tanto urbana como rural. AUBS rural conta com 15 localidades que ficam entre 2 e 20 Km desta UBS, correspondendo à nossa área de abrangência. A UBS conta com a seguinte estrutura: recepção, farmácia, três consultórios médicos, consultório odontológico, sala de vacina, sala de acolhimento, banheiros femininos e masculinos, um deles para portadores de necessidades especiais, um consultório de enfermagem, um expurgo, sala de esterilização. No andar superior há: o gabinete do secretário de saúde, a sala da Primeira Infância Melhor (PIM), sala da ESF, sala reunião, sala da vigilância sanitária, cozinha, almoxarifado, banheiros feminino e masculino. Aqui se realizam consultas de enfermagem, curativos e exames citopatológicos. Os recursos humanos envolvidos neste trabalho são: uma médica, uma enfermeira, seis agentes de saúde, um técnico em enfermagem, um auxiliar de serviços gerais. Fora da equipe ainda contamos com o apoio e auxílio de uma nutricionista e uma dentista que fazem o atendimento da população através de consultas agendadas.

Em nosso município existe uma população estimada de 5.111 habitantes, e pertencem à área de abrangência da zona Rural aproximadamente 2.193 habitantes. De acordo com dados levantados pelos ACS existem cerca de 310 usuários com hipertensão, 86 com diabetes, 6 grávidas e 15 crianças menores de um ano. A equipe faz pesquisa de outras doenças crônicas e dos fatores de risco que mais acometem a população da área até conseguir ter um controle de cada uma das pessoas nas comunidades atendidas e classificadas dependendo dos principais fatores de risco. Já temos acompanhamento de usuários com hipertensão e com

diabetes que antes não eram acompanhados. Fazemos visitas domiciliares juntamente com os agentes comunitários de saúde (ACS) para conseguir um acompanhamento de cada um dos usuários com mais qualidade, por enquanto existe uma boa comunicação entre médica-enfermeira e os ACS e avaliamos juntos os usuários. Realizamos entre 5 e 6 consultas agendadas de manhã e de tarde sem contar os casos de demanda espontânea. Dessa forma, atendemos cerca de 20 a 30 usuários ao dia, visitamos até 6 famílias na semana priorizando os usuários acamados e cadeirantes. Temos uma tarde destinada ao atendimento de grávidas e outra destinada ao atendimento de crianças menores de um ano a fim de garantir um melhor seguimento destes sendo que também aproveitamos para fazer algumas atividades de grupo com temas diversos, como por exemplo, a importância do aleitamento materno até os 11 primeiros 6 meses de vida e importância das vacinação em dia, a realização das consultas e exames pré-natais e como evitar os acidentes dentro de casa.

Nas quintas-feiras de manhã temos atendimento na comunidade de Vila Clara, que é uma extensão da UBS, a equipe presta atendimento nessa comunidade, onde também agendamos entre 5 e 6 usuários que podem ser desta comunidade ou de outras que ficam perto, além dos atendimentos a demanda espontânea, fazemos visitas às pessoas acamadas que não podem ir ao consultório, também trabalhamos para criar grupos de fumantes, pessoas com diabetes e hipertensão para fazer um trabalho de prevenção e de promover a mudança de hábitos e estilos de vida para mais saudáveis e evitar as complicações mais frequentes que são produzidas por estas doenças.

Os principais problemas de saúde encontrados na comunidade são a hipertensão, diabetes, e transtornos mentais sendo que entre os fatores de risco mais importantes está o hábito de fumar, a obesidade e os usuários alcoólatras. As estratégias de trabalho baseiam-se no acompanhamento das doenças crônicas para evitar as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares que são as mais frequentes. Desenvolvemos atividades para a comunidade como acompanhamento pré-natal a fim de diminuir a morbimortalidade infantil e materna, a equipe está trabalhando na incorporação de toda a população na criação de grupos de risco visando modificar hábitos e estilos de vida, temos trabalhado na criação um grupo de gestantes onde falamos todas as semanas diferentes temas sobre a gestação, também trabalhamos na criação de grupos com adolescentes para evitar gravidez

não desejada e as doenças de transmissão sexual. Eu percebo que o trabalho da UBS vem melhorando cada vez mais depois de identificar as dificuldades e trabalhar para modificar e erradicá-las.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Mata-RS está localizado na região centro-oeste do Estado Rio Grande do Sul que pertence à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. De acordo com o último censo 2010 (IBGE), possui 5.111 habitantes, sendo que 51% da população reside na zona urbana, e 49% na zona rural do município. Os serviços ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) são: uma unidade básica de saúde com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família e uma com Saúde Bucal, um hospital filantrópico que presta serviço de atendimento ambulatorial e internação hospitalar de baixa complexidade e procedimentos ambulatoriais. Possui ainda clínica de fisioterapia que presta serviço para a Secretaria Municipal de Saúde, os exames realizados no município são os de análises clínicas, já que os exames de imagem são disponibilizados nos municípios próximos a Mata, principalmente nos municípios de Santiago e Santa Maria, locais distantes aproximadamente 100 quilômetros. O Hospital Universitário de Santa Maria é até o presente momento a referência para os encaminhamentos para as especialidades. Os encaminhamentos são realizados através do SMS para o setor de regulação da quarta Coordenadoria Regional da Saúde, que organiza o fluxo dos procedimentos e as cotas dos exames, consultas e procedimentos. Não contamos com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em nossa UBS. A ESF Rural, presta atendimento na UBS e também nas comunidades do interior do município, através de agendamentos de consultas médicas, vacinação durante as campanhas, visitas domiciliares, consultas de enfermagem, as ações são desenvolvidas pelos seguintes profissionais: um enfermeiro, uma médica, um auxiliar de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais. Estes são os membros da ESF Rural. Estes atendimentos são ofertados para uma população da área adstrita, que conta hoje com 2.193 habitantes, que residem na área rural do município, segundo o último cadastramento feito pelos agentes comunitários de saúde da área, que conta com aproximadamente 15 localidades no interior do Município. A principal fonte de renda vem da agricultura familiar, e a cultura predominantemente o tabaco.

Minha UBS é um local adaptado desde 2006, até a atualidade a mesma teve remodelações foram realizadas ampliações de locais e estrutura física de trabalho, para garantir um maior conforto da população atendida, e melhorar os serviços. A UBS conta com a seguinte estrutura: recepção, farmácia, três consultórios médicos, consultório odontológico, sala de vacina, sala de acolhimento, banheiros femininos e masculinos, um deles para portadores de necessidades especiais, um consultório de enfermagem, um expurgo, sala de esterilização. No andar superior há: o gabinete do secretário de saúde, a sala da Primeira Infância Melhor (PIM), sala da ESF, sala reunião, sala da vigilância sanitária, cozinha, almoxarifado, banheiros feminino e masculino. Na atualidade, quanto à estrutura física, conta com muitas dificuldades que foram observadas durante estudo das condições estruturais, os dados recolhidos são uma mostra das principais dificuldades: não contamos com muitos locais para disposição de melhor atendimento como sala de nebulização e escovatório, as consultas médicas não tem capacidade para atendimento das pessoas em cadeira de roda, as barreiras arquitetônicas como as escadas e rampas existem, o que dificulta acesso dos usuários com dificuldades de locomoção. Essas são as principais limitações de maior relevância, onde nossa prioridade é fazer um trabalho em conjunto com os setores da comunidade para um melhor funcionamento do serviço em benefício de toda a população.

Conforme o estudo realizado sobre a disponibilidade, equipamento e recursos na Unidade Básica de Saúde as deficiências encontradas são: com relação à equipamento e instrumental, a minha Unidade não conta com: estufa, material de sutura, microscópio, oftalmoscópio, essas são as principais deficiências. A manutenção do equipamento e reposição, são insuficientes, não temos um sistema de revisão e calibragem de esfigmomanômetros e balanças. Conforme análise, contamos com microcomputadores na Unidade com acesso a internet para os profissionais que trabalham na Unidade de Saúde, não contamos com prontuários eletrônicos, as mesmas são utilizadas para pesquisas, registros de atendimentos, acesso a bibliografias, recepção de documentos, telessaúde, e outras funções na Unidade para nosso trabalho. Quanto a medicamentos, a Unidade conta com muitas deficiências, com insuficiente quantidade para prestar um serviço de qualidade para toda a população atendida na UBS. A vacinação é feita na Unidade contando com todas as vacinas, não temos dificuldade quanto à vacinação. A Unidade conta com anticoncepcionais de barreira (preservativo masculino), que são ofertados a toda a

população, também contamos com comprimidos e vacinas anticoncepcionais para as mulheres. Os exames laboratoriais não são feitos na Unidade, com exceção da glicemia capilar, teste rápido para HIV, teste rápido para sífilis. Para os demais exames, os usuários são encaminhados para Hospital, onde são feitos em tempo menor de 30 dias. Os usuários que precisam de encaminhamento para consultas especializadas também são encaminhados em um tempo superior a 30 dias.

Em nossa Unidade contamos com bibliografia para consultas onde todo nosso pessoal de trabalho tem acesso a esses materiais. Os principais problemas e deficiências quanto à equipamentos na UBS foi avaliado pela equipe de saúde, levado a reuniões, comunicado à secretaria municipal de saúde e conselho municipal de saúde.

Minha UBS conta com duas equipes de saúde, uma delas é para prestar atendimento às pessoas da UBS Urbana e a outra, para o atendimento a UBS Rural, dando cobertura de atendimento a um total de 5.111 habitantes, sendo este valor a porcentagem total (100%) de habitantes do município.

Minha função é prestar atendimento na USF Rural, que conta com uma equipe de saúde composta por uma enfermeira, seis agentes de saúde, um técnico em enfermagem, um auxiliar de serviços gerais. Fora da equipe ainda contamos com o apoio e auxílio de uma nutricionista e uma dentista que fazem o atendimento da população através de consultas agendadas.

Em nossa área de abrangência, atende-se 2.193 pessoas, representando 100% da população atendida pelo programa ESF Rural. Sendo 1.006 homens representando 45,8% da população, e 1.186 mulheres, representando 54,2% da população de abrangência. A maior parte da população está na faixa etária de 10 a 19 anos, representando 16,6% da população total, segundo o cadastramento feito pelos ACS, mas a proposta pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) para nossa área é de que a maior parte da população encontra-se em a faixa etária com 20 anos a mais, o que não corresponde com nosso cadastramento. Na área em que atuo, existem 15 crianças menores de 1 ano, e estas representam 0,68% de toda a população, o que representa comparativamente com a média nacional uma cifra menor que o estimado para nossa área de abrangência, pois o CAP propõe 26 crianças (58%). Contamos com 6 gestantes, representando 0,27% da população total, também se encontra a baixo da média nacional prevista para nossa área de abrangência, sendo que o CAP propõe 32.825 gestantes (18%). Fazendo uma

comparação dos dados recolhidos e na média nacional brasileira, podemos dizer que na área de atuação a nossa realidade conta com valores menores que as propostas na tabela de denominadores para a média nacional.

Na UBS é feito trabalho de consultas clínicas mediante agendamento, demanda espontânea e imediata dando cobertura de atendimento 100% da população, de acordo com os protocolos de atendimento propostos pelo Ministério de Saúde. Na nossa realidade não contamos com uma sala específica de acolhimento para a população atendida, na UBS é fornecido o acolhimento para o pessoal enquanto os mesmo procuram um atendimento, desde a chegada é atendido e acolhido por um profissional de enfermagem, seja em cada consulta, no corredor, na sala de curativo, em qualquer espaço que a pessoa necessite de atendimento ela será escutada e acolhida pelos profissionais que prestam serviço na unidade, pois nós procuramos dar um atendimento de qualidade, de modo que o usuário sinta-se satisfeito, criando as condições para o seu melhor conforto, fornecendo um serviço conforme o nível e gravidade da doença.

Quanto à cobertura de acompanhamento da Saúde da Criança na ESF-Rural, 15 crianças menores de um ano são acompanhadas, enquanto a estimativa do caderno de ações programáticas é 26, logo a cobertura é 58%, e encontra-se acima de nossa realidade. As crianças da área de cobertura do ESF-Rural são acompanhadas pela equipe da saúde conforme o protocolo do Ministério de Saúde através das visitas dos agentes comunitários, onde os familiares recebem orientações quanto á alimentação, calendário vacinal, desenvolvimento infantil. As consultas de puericultura são feitas na Unidade de Saúde pelos profissionais da saúde, por um sistema de agendamento, nosso trabalho é fazer captação do recém-nascido antes dos 7 dias de vida, coleta de teste do pezinho dentro do período recomendado, manter vacinas ao dia conforme calendário, realizar controle de crescimento e desenvolvimento infantil em cada consulta programada, orientações em quanto alimentação, cuidados da criança, evitar acidentes, importância da amamentação os benefícios da mesma. No contato com as mães, percebo que há adesão ao que é orientado pela equipe.

Nosso esquema de trabalho agenda consulta de reavaliação da criança todos os meses, para seguimento do crescimento adequado, ganho de peso, avaliando os indicadores de desenvolvimento psicomotor da criança. Ainda não contamos com a participação de todas as crianças nas consultas agendadas, sendo

essa a maior dificuldade em nosso trabalho. Sendo assim, nosso atendimento ocorre fora da data programada muitas vezes. Todas as crianças atendidas em nossa UBS contam com um registro de vacinas em dia, conforme calendário vacinal, e atenção odontológica também é feita com a qualidade requerida. Em todas as consultas as mães são orientadas sobre sua criança, esclarecendo suas dúvidas. Não contamos com um registro de recém-nascidos na UBS, sendo que muitas vezes a captação deles se faz fora do tempo, tendo nosso primeiro contato com a criança em consulta espontânea. Acredito que temos que encaminhar nosso trabalho para sanar as deficiências que hoje são uma realidade em nossa área, criando registro de controle do recém-nascido, trabalhar em conjunto com toda a equipe para melhorar e garantir consultas de puericultura em dia conforme o agendado com apoio dos agentes de saúde, que mantêm contato direto com toda a população, e garantir uma sistematicidade quanto às consultas.

A Atenção Pré-natal envolve o cuidado e atendimento de excelência às gestantes. Na UBS é realizado o atendimento pré-natal por toda equipe de saúde, nossa principal tarefa é o atendimento da futura mãe com a qualidade requerida. Atualmente são acompanhadas 6 gestantes (18%), dado que encontrasse por baixo da média nacional proposta para nossa área de abrangência, estes atendimentos são feitos seguindo o protocolo de Atenção Pré-natal de Baixo Risco conforme o MS. As gestantes acompanhadas já se encontram no segundo e terceiro trimestre da gestação, com controle pré-natal em dia mediante consultas agendadas, com avaliação ginecológica, exame por trimestre feito, vacinação atualizada, exame de mama e orientação para aleitamento materno exclusivo para a futura criança. As gestantes são avaliadas em consulta de saúde bucal, com suplemento ferroso durante sua gravidez. As consultas são feitas mediante agendamentos, sendo a enfermeira quem agenda as consultas que são realizadas na UBS, uma vez por semana, no turno da tarde onde são avaliados os indicadores de qualidade de atenção pré-natal pela médica em cada consulta. Todas as gestantes tem prontuário e carteira pré-natal onde são registrados os dados recolhidos em cada consulta.

A equipe se reúne para tratar do acompanhamento à gestante e puérpera e faz busca ativa de faltosas. É feita classificação de risco da gestação pela médica. Em condições de urgências, há no hospital preparo para atendimento de situações de saúde agudas para as gestantes, em outros casos é encaminhada para nosso hospital de referência.

São acompanhadas 10 puérperas, enquanto a estimativa do CAP é 26, logo a cobertura é 38%, pelo que nossa realidade encontra-se por baixo da proposta pelo MS. Os atendimentos são feitos conforme o protocolo do MS, mas podemos dizer que não existe um registro de controle das puérperas na área, os dados recolhidos são uma estimativa. Nossa Unidade de Saúde não tem registro de quantidade de puérperas e nascimentos no último ano, pode-se avaliar como baixo indicador de qualidade. Depois de avaliar o processo do trabalho quanto à atenção pré-natal e puerpério, sugere-se melhorar acompanhamento da puérpera, criando um registro de controle, orientar em cada consulta pré-natal, para depois do parto procurar atendimento na Unidade para ser avaliada e fazer acompanhamento durante o puerpério, dar maior conhecimento das complicações do puerpério, dar orientações em reuniões com grupos de gestantes sobre o puerpério, em cada reunião de equipe orientar aos agentes de saúde da comunidade, informar o retorno de cada puérpera na área para um melhor controle, tudo isso para melhorar a atenção no puerpério.

Em relação ao programa de saúde da mulher contamos com 550 mulheres entre 25 e 64 anos de idade acompanhadas, dado recolhido no último cadastramento feito pelos ACS, enquanto a estimativa do CAP é 604, logo a cobertura é 91%, sendo que nossa realidade encontra-se abaixo da proposta pelo CAP. A cobertura de prevenção do Câncer de Colo de Útero ainda não alcança 100% das mulheres. Os agentes comunitários de saúde realizam acompanhamento das mulheres na área de abrangência do ESF-Rural, onde fazem um controle das datas, orientando as mesmas na realização dos exames. As consultas para coletar os exames citopatológicos são realizadas na UBS, semanalmente (um dia da semana) no turno da manhã e tarde, e se realiza mediante agendamento feito pela enfermeira, que é quem agenda e coleta exame citopatológico, encaminha para realização de exame de mamografia, monitora os resultados dos exames alterados, faz busca ativa das usuárias com exames alterados para dar seguimento no tratamento. As usuárias sempre são avaliadas pela médica conforme o protocolo proposto pelo MS, em consultas também agendadas, para mostrar exames e ser avaliadas pelo profissional. Nosso trabalho ainda tem muitas dificuldades já que não contamos com um registro de acompanhamentos de todas as mulheres na área, com exames citopatológicos, mamografia e exame de mama. Na unidade hoje são acompanhadas 218 (96%) mulheres entre 50 e 69 anos para prevenção do câncer

de mama. As mulheres com alterações na mamografia são encaminhadas para exames complementares como ultrassom e se necessário PAAF (punção com agulha fina), e encaminhamento para mastologista na rede. Na nossa realidade hoje, ainda contamos com muitas deficiências quanto ao trabalho preventivo, de pesquisa e seguimento. Não temos um registro de acompanhamento das mulheres, não contamos com grupos de mulheres para fazer reuniões orientadoras. Há perda de interesse por parte das mulheres para realização de autoexame de mama. Hoje nosso maior contato com as mulheres se dá em consultas clínicas, sendo que as palestras e reuniões de grupo não são feitas, por isso a equipe hoje se encontra envolvida na criação de grupos de risco para acompanhamento.

De acordo com o CAP, a estimativa de pessoas com hipertensão e diabetes para nossa área seria de 490 e 140, respectivamente. Mas, atualmente há 310 (63%) pessoas com hipertensão, e 82 (59%) com diabetes, na área da ESF rural, conforme o último cadastramento feito pelos ACS. A população residente na área, e que está em acompanhamento, tem uma boa adesão às consultas e tratamento, participam das atividades propostas pela UBS. Mas, apresentamos dificuldades com a sistematização e organização do atendimento para conseguir ampliar a cobertura de acompanhamento para toda a população alvo da intervenção.

Quanto à saúde da pessoa idosa temos 298 (100%) usuários com 60 anos ou mais acompanhados, mediante dados recolhidos em prontuários clínicos, porque não contamos com registro específico para os idosos em nossa Unidade, o que indica que pode ocorrer um subregistro de usuários. Mas esta também é a estimativa do CAP. O maior contato com a população é através das consultas clínicas, onde são feitas ações de saúde com os idosos conforme o protocolo do MS, o trabalho de promoção e prevenção é feito nas consultas médicas, já que não contamos com outro espaço de contato com os usuários. Também são feitas visitas domiciliares onde damos prioridade a usuários acamados, com HAS, DM, com alguma outra doença, que precise de atendimento imediato, que as condições de acesso aos serviços de saúde sejam precárias, onde os agentes de saúde são quem recolhem as demandas que são avaliadas pela equipe nas reuniões, dando prioridade aos casos mais relevantes. Em nossa realidade, a demanda de usuários nas consultas clínicas é muito grande, o que representa hoje umas das dificuldades para fazer um trabalho preventivo às pessoas na comunidade, em reuniões com grupos, para melhorar a qualidade de vida, então esse trabalho é feito nas

consultas, de forma individual com cada usuário, orientando sobre sua saúde, como prevenir as doenças, como manter uma qualidade de vida conforme o seu estado de saúde, com os portadores de doenças crônicas se explica a necessidade de não abandono do tratamento, a importância da dieta adequada, fazer exercícios físicos, explicando as complicações de sua doença, evitar o consumo de álcool, de tabaco, manter estilos de vida saudáveis para melhorar sua saúde e assim evitar complicações e internações no hospital. As orientações que são específicas para o grupo de idosos sobre processo de envelhecimento, prevenção de quedas, avaliação de sinais de demência são dadas nas consultas. Na realidade ainda não contamos com grupos de idosos para um melhor trabalho com o coletivo, que sintam a responsabilidade com sua saúde, que sintam confiança que o trabalho seja em conjunto dos usuários com a equipe de saúde. Mas é uma das propostas que foi avaliada pela equipe para melhorar o trabalho com as pessoas idosas que tanto precisam de atendimento, de cuidados, e de ser avaliados nas consultas.

Para o programa de Saúde Bucal, a UBS conta com 2 odontólogos que pertencem à equipe de saúde do ESF Urbano, mas o ESF Rural não conta com odontólogos na equipe de trabalho, sendo assim que as consultas são feitas na UBS, onde é disponibilizado o serviço para atendimento a 100% da população do município. Não foi possível preencher no caderno das ações programáticas na parte de saúde bucal, já que na UBS não conta com registro disponibilizado para os usuários, e para as ações que são feitas pelos profissionais neste serviço, os dados recolhidos foram dos prontuários e entrevistas que foram feitas aos profissionais do serviço. As consultas odontológicas são feitas na UBS, que conta com um consultório odontológico, 2 odontólogos, e um auxiliar em saúde bucal, as consultas são no turno da manhã e da tarde, todos os dias da semana (segunda a sexta feira), mediante agendamentos, e consultas imediatas (usuário que precisa de atendimento de urgência). A capacidade instalada de consultas é de 20 consultas ao dia, o que representa 400 consultas ao mês, desta forma a cobertura de atendimento aproximadamente a 7,8% da população total no mês. Os atendimentos odontológicos prioritários são para as gestantes, e as crianças de 0-3 anos de idade, as outras consultas para os diferentes grupos etários, incluindo idosos, e com doenças crônicas é mediante agenda programada. As ações coletivas desenvolvidas pela equipe de odontologia são a escovação em escolares até 12 anos, que são feitas nas escolas, creches, na UBS. O sistema de consultas é mediante

agendamentos, a demanda espontânea é feita mediante agenda livre onde o usuário tem a opção de escolher o dia que quer e que pode ser atendido pelo profissional, ficando agendado para um atendimento na UBS. A situação quanto ao atendimento de saúde bucal hoje tem as dificuldades que enfrentamos no dia a dia, mas o sistema de trabalho é muito mais organizado que há 7 anos, segundo a odontóloga de nosso serviço. Antes a espera em consulta para atendimento era de até 3 meses. Hoje o acesso às consultas odontológicas é muito melhor, a demanda espontânea para o atendimento é semanal, o seguimento de usuários é mais acessível e rápido para a população e com muito bons resultados. Na nossa realidade, ainda temos muito trabalho que fazer em quanto a educação em saúde bucal, ampliação do serviço de odontologia de nossa UBS, para abastecer as duas equipes de saúde, com a incorporação de um odontólogo na ESF Rural. Também precisam ser melhoradas as ações coletivas aos grupos prioritários, assim como agendamentos para estes grupos.

Dentre dos desafios que temos esta conseguir na UBS implantação adequada do programa da estratégia de saúde da família, que atualmente não está sendo executada de forma correta, falta coordenação, integração dos profissionais e também comprometimento e até conhecimento da estratégia mesmo por parte da equipe.

Nossa potencialidade está em contar com uma UBS reformada, com recursos básicos, com uma equipe completa que tem que integrar-se e planejar, estudar, coordenar ações para fazer possíveis os registros específicos de doentes crônicos, crianças, idosos, gestantes, etc., que facilitem o conhecimento o acompanhamento destes grupos priorizados, e onde fiquem guardados protocolos de trabalho. Neste momento, em minha UBS, procurar prontuários com essas informações não é possível, pelo que constitui um grande desafio, além de garantir o controle completo e adequado de toda a população de sua área de abrangência com o objetivo de estruturar de forma programática todas as ações de atenção e promoção de saúde e também ter todas as condições para poder atender todas as urgências e emergências que cheguem de forma espontânea.

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

A comparar a atividade da segunda semana de ambientação sobre a situação do serviço de saúde e o relatório da análise situacional, destaco que nossa equipe de saúde agora está completa e a atenção à população está melhorando já que todas as comunidades distantes têm agentes de saúde que moram nelas e que conhecem sua área de saúde, o que também vai ajudar a melhorar o trabalho da unidade. Depois do levantamento feito na UBS, a equipe passou a conhecer as principais dificuldades, que só foram possíveis de serem conhecidas após o estudo minucioso do relatório da análise situacional, e agora planejaremos como encaminharemos o trabalho para melhorar a situação e erradicar os problemas.

Também é importante a descentralização do serviço de atendimento às mulheres para prevenção dos cânceres de colo e de mama, hoje realizado na UBS pela enfermeira, pois assim poderemos manter um melhor seguimento destes, além de que a integração da equipe para os atendimentos, sobretudo quando temos que realizar a avaliação de uma gestante, um hipertenso ou um diabético em conjunto com psicólogo ou nutricionista também está melhorado muito e já não temos dificuldades. Eu acredito que o trabalho da unidade melhorou muito, mas ainda temos que seguir trabalhando para melhorar os atendimentos e a qualidade de vida de nossa população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (Brasil 2013). No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (Brasil 2013). A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (Brasil 2013).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2015. Um indicador macroeconômico a ser considerado, ainda segundo a OMS, é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade

precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva. A saúde das pessoas hipertensas e diabéticas é de vital importância para a população, pois eles precisam de um atendimento mais especializado e acompanhamento contínuo. Assim, evita-se a ocorrência de complicações como as cardiovasculares, renais, cerebrovascular, podemos melhorar a qualidade de vidas destas pessoas, incentivando a importância da atividade física na prevenção de complicações destas doenças, promover hábitos de vida saudáveis, como evitar o hábito de fumar e alcoolismo (Brasil 2013).

A área de abrangência da ESF Rural tem uma população total de 2193, composta por uma médica, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um funcionário de serviços gerais, responsável pela limpeza e organização da unidade. A ESF Rural não conta com equipe de saúde bucal, mas os usuários são atendidos pelos odontólogos vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. A UBS conta com a seguinte estrutura: recepção, farmácia, três consultórios médicos, consultório odontológico, sala de vacina, sala de acolhimento, banheiros femininos e masculinos, um deles para portadores de necessidades especiais, um consultório de enfermagem, um expurgo, sala de esterilização. No andar superior há: o gabinete do secretário de saúde, a sala da Primeira Infância Melhor (PIM), sala da ESF, sala reunião, sala da vigilância sanitária, cozinha, almoxarifado, banheiros feminino e masculino. Com relação às condições da UBS, esta unidade foi adaptada através de reformas e ampliações, sendo a primeira reforma em 2000, e a última em 2012. Agora contamos com um local mais amplo, com pintura adequada, com mobiliário adequado para os atendimentos, possui acesso ao primeiro andar da Unidade com rampa, o banheiro para deficientes é adequado, os consultórios de atendimento médico não estão de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, porque não tem acesso a pessoas cadeirantes. O piso da UBS está deteriorado e necessita de reparo, o segundo andar, que foi uma ampliação recente, está em boas condições quanto à estrutura e condições de trabalho, só que o acesso é limitado para as pessoas idosas e deficientes, porque é através de escada.

De acordo com o CAP, a estimativa de pessoas com hipertensão e diabetes para nossa área é 490 e 140, respectivamente. Mas, atualmente há 310 (63%) pessoas com hipertensão, e 82 (59%) com diabetes, na área da ESF rural. A população residente na área, que está em acompanhamento, tem uma boa adesão às consultas e tratamento, participam das atividades propostas pela UBS. Mas,

apresentamos dificuldades com a sistematização e organização do atendimento para conseguir ampliar a cobertura de acompanhamento para toda a população alvo da intervenção, pois, os registros não estão atualizados.

A intervenção é importante de ser realizada na unidade, pois, após avaliar vários parâmetros de funcionamento, tanto com relação às condições de trabalho como também quanto à avaliação da estrutura do programa e atendimento da população, conclui-se que melhorias precisam ser realizadas no atendimento de pessoas com hipertensão e diabetes. Os dados obtidos durante a análise situacional mostraram a alta incidência de usuários com estas doenças, o que motivou a escolha da ação programática e a elaboração do projeto de intervenção com o objetivo de ampliar a cobertura do programa e melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários com HAS e DM, pois, assim, serão realizados ainda mais ações de promoção e prevenção de saúde em um grupo de pessoas que muito necessitam, e também para conhecer a realidade destas pessoas, e dar soluções para que possam levar uma vida mais saudável. Pretende-se envolver toda a equipe da unidade para poder traçar uma só linha de estratégias que respondam às dificuldades, entre elas: trabalho com grupos de hipertensos e diabéticos, incremento da participação popular, trabalho na criação de registros específicos para os usuários diabéticos e hipertensos. Um dos fatores que pode dificultar a intervenção é a grande demanda de atendimentos na UBS, e os fatores que facilitarão a intervenção proposta é a colaboração da equipe, e a adesão da população aos atendimentos. Com a união da equipe, o trabalho irá proporcionar bons frutos, e conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida da população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Urbano, Mata/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na área da ESF Rural, do Município Mata/RS. Participarão da intervenção todas as pessoas residentes na área de abrangência da ESF com 20 anos ou mais, que tenham hipertensão e/ou diabetes. Na área de abrangência da ESF residem 310 usuários hipertensos e 86 diabéticos. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº37 e 36 do Ministério da Saúde: Estratégias para o cuidado das pessoas com doenças crônicas Hipertensão (nº 37) e Diabetes (nº 36) (Brasil, 2013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (Anexo 2) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo 1). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo 3).

2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO 1. Ampliar a cobertura da saúde dos hipertensos e diabéticos.

METAS:

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

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

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

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

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

Detalhamento das ações:

O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção HAS/DM será realizado uma vez ao mês por meio do acompanhamento do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuários e das fichas dos ACS “MS – HIPERDIA Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”. Ficará responsável a enfermeira em conjunto com as técnicas de enfermagem, na qual verificarão se o usuário está corretamente cadastrado ou não. Em caso de não estar, a equipe de enfermagem será a responsável de cadastrá-lo no momento, além disso, a cada dois meses a situação será discutida na reunião com a equipe.

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

- 1- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- 2- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento da ação:

Para garantir o registro de HAS e DM, serão preenchidos na ficha espelho todos os usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus com nome, data de nascimento, data da consulta, solicitação dos exames complementares, data da consulta odontológica. Para um melhor controle e acompanhamento do tratamento, será agendada, pela equipe, uma consulta programada, e o usuário já sairá com a próxima consulta agendada conforme o protocolo do MS, sendo que, no início do tratamento, uma consulta a cada mês ou mais cedo. A responsabilidade de avaliar o registro específico será das técnicas de enfermagem, que, ao chegar o usuário portador de HAS e DM, revisará o registro, em caso de não estar com registro em dia, a médica será o responsável por incluir seus dados no registro.

AÇÃO:

- 3- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- 4- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento das ações:

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos será feito pela enfermeira que vai acolher o usuário diabético e/ou hipertenso que procurar a unidade sem agendamento prévio. O acolhimento será com escuta humanizada,

ouvindo cada uma das necessidades do usuário e buscando atendê-las da melhor forma que for possível. O acolhimento dos hipertensos e diabéticos pela enfermeira garantirá a medição da pressão arterial e a glicose. Hipertensos com cifras de pressão diastólica maior de 100 mmHg ou presença de sinais de alerta serão atendidos imediatamente e já sairão com consulta de retorno agendada. Diabéticos com cifras de glicose inferiores a 60 mg/dl ou maiores a 200mg/dl ou presença de sinais de alerta serão atendidos imediatamente e já sairão com a consulta de retorno agendada.

AÇÃO:

5- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

6- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Para garantir o material adequado para a tomada da pressão arterial e a realização do hemoglicoteste a enfermeira fará um levantamento dos materiais que estiverem faltando e dos que estejam em mau estado, e solicitará ao Gestor Municipal o que for necessário. Ao longo da intervenção, o material que for necessário será solicitado pela enfermeira sempre que for preciso.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

- 1- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- 2- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento das ações:

Estas ações serão realizadas nas visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários de saúde. Também nas conversas de roda, nas reuniões de grupos, nos encontros com a comunidade em ações sociais, onde o pessoal de enfermagem será o responsável por realizá-las com a participação, também dos agentes comunitários de saúde e da médica. Será aproveitado, também, o contato dos profissionais com os usuários quando estes estiverem na UBS, na a sala de espera,

a enfermeira levará informações aos usuários sobre a existência do programa e a importância de medir a PA a partir dos 18 anos e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Nas consultas, a médica irá orientar os usuários adultos sobre a importância de medir a PA e da existência do programa, além de orientar sobre a existência do programa de atenção aos diabéticos e sua importância. Será feito contato da enfermeira com líderes da comunidade para que estes levem informações sobre o programa de HAS e DM, e informações da importância de avaliar a necessidades de tratamento. Será solicitado ao gestor, quando a enfermeira entrar em contato com ele, cartazes para serem afixados na UBS, para que os usuários, enquanto aguardam sua consulta, possam ter informações sobre a importância de cuidar de sua saúde.

AÇÃO:

- 3- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- 4- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações:

A orientação à comunidade sobre a importância do rastreamento para DM, e os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças será feito pelos agentes comunitários de saúde nas visitas aos domicílios, onde informarão aos usuários a importância do rastreamento para DM, assim como sobre os fatores de risco para desenvolver essas doenças. Na sala de espera a enfermeira explanará também essas informações aos usuários, e nas consultas clínicas também repassaremos essas orientações para os usuários adultos e com riscos para estas doenças.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO

- 1- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

A enfermeira e a médica farão esta capacitação para os ACS, na primeira semana de intervenção, com duração de aproximadamente 30 minutos.

AÇÃO:

2- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e 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:

Estas capacitações serão feitas na Unidade de saúde, nas reuniões de equipe. Acontecerão na primeira e segunda semana da intervenção e, se for preciso, serão organizados outros encontros com os agentes de saúde e equipe, sendo responsável pela capacitação a médica para a correta medição de PA, e realização do hemoglicoteste. Terá duração de aproximadamente 20 minutos e será aproveitado o dia da reunião de equipe para realizar a capacitação.

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

METAS:

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

EIXO: Monitoramento e avaliação

AÇÃO:

1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

O monitoramento da realização de exames clínicos adequados será de responsabilidade da médica e da enfermeira, que avaliarão os prontuários e fichas espelhos dos hipertensos e diabéticos a cada quinze dias, e será avaliado se todas as informações e exames sugeridos pelo protocolo foram seguidos e realizados.

AÇÃO:

2- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento das ações:

A farmacêutica será quem fará o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular uma vez ao mês.

AÇÃO:

3- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado e a periodicidade recomendada na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Nas consultas de seguimento dos hipertensos e diabéticos, a médica vai monitorar se os exames laboratoriais estão em dia de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendada na unidade, usando para isso os prontuários sempre mantidos atualizados.

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

1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento de ações:

Na consulta de enfermagem, a enfermeira vai fazer uma avaliação minuciosa do usuário, por exemplo, exame dos membros inferiores nos usuários com diabetes, medição de PA, peso, temperatura. A médica será a encarregada de explicar as funções para cada um dos membros da equipe através de reunião. A médica vai fazer o exame clínico integral do hipertenso e diabético nas consultas agendadas, que será no mínimo uma vez ao ano.

AÇÃO:

2. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento de ações:

A médica capacitará a enfermeira de acordo com os protocolos adotados pela unidade de forma individual, posteriormente, a enfermeira capacitará as técnicas de enfermagem e os ACS de forma permanente de acordo com os protocolos da unidade em reuniões que serão programadas pela enfermeira. Estas capacitações terão uma periodicidade de 2 vezes na semana, nas primeiras 3 semanas, com duração de 1 hora.

AÇÃO:

4. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento de ações:

A enfermeira solicitará versão impressa do protocolo ao Gestor Municipal na primeira semana de intervenção, garantindo a sua disponibilidade na unidade de saúde.

AÇÃO:

5-Garantir a solicitação dos exames complementares.

6-Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

7-Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações:

Na consulta de enfermagem, a enfermeira solicitará os exames mínimos estabelecidos pelo protocolo e necessários para a avaliação médica da equipe.

A médica solicitará exames sempre que for necessário, os quais estarão garantidos com o laboratório em prévio acordo pactuado com ele há meses.

Será feita uma reunião da enfermeira com o secretário de saúde para explicar a importância da agilidade na realização dos exames complementares aos

hipertensos e diabéticos, precisando de sua intervenção com o pessoal do laboratório para garantir essa demanda.

Nas fichas espelhos dos usuários hipertensos e diabéticos, ficará uma coluna para marcar com X se os exames complementares estão em dia, ficando vazia a coluna caso não tenha os exames em dia, sendo que esses usuários serão contatados para solicitar o que estiverem precisando em cada caso.

AÇÃO:

8-Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

9-Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

As técnicas de enfermagem realizarão o controle de estoque e a revisão da validade dos medicamentos a cada quinze dias.

A enfermeira fará, na primeira semana de intervenção, o levantamento das necessidades de medicamentos de hipertensão e diabetes e mensalmente atualizará os medicamentos que são necessários para os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

AÇÃO:

10-Organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

11-Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

Nas consultas de enfermagem, e nas consultas médicas será feita avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, garantindo agenda para usuários hipertensos e diabéticos para realização dos atendimentos de saúde bucal, esclarecemos que nossa ESF Rural não conta com odontólogo dentro da equipe, mas conta com dois odontólogos contratados pela secretaria do Município, assim, priorizaremos os atendimentos odontológicos de

usuários portadores de HAS e DM na UBS. Os agendamentos serão feitos pelas técnicas de enfermagem. Além disso, os membros da equipe farão orientações educativas sobre saúde bucal aos hipertensos e diabéticos.

EIXO: Engajamento Público

AÇÃO:

1. 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.
- 2- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao seu direito de ter acesso aos medicamentos farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso.
- 3- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento de ações:

Os ACS, nas visitas nos domicílios, vão esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares e neurológicas, orientando sobre as medidas de prevenção, e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas. Vão orientar a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

As técnicas de enfermagem também vão orientar a comunidade quando estiver em contato com os usuários sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial, aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes, e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas. Vão orientar a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Isso será feito na própria UBS, na sala de espera, e nas visitas domiciliares.

Nas consultas de enfermagem e nos trabalhos com grupos, a enfermeira vai orientar os usuários sobre os fatores de riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas, orientando sobre as medidas de prevenção, e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas. Vão orientar a comunidade

sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

A médica nas consultas agendadas e nas visitas aos domicílios também vai fazer orientações sobre os fatores de riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas, orientando sobre as medidas de prevenção, e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas. Iremos orientar a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Isso nas consultas individuais e nos trabalhos em grupos.

AÇÃO:

4-Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

5-Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento das ações:

A enfermeira, nas consultas de enfermagem, vai orientar os hipertensos e diabéticos sobre a importância da realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser feitos.

Nas consultas agendadas a médica vai orientar os hipertensos e diabéticos sobre a importância da realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser feitos.

Durante os trabalhos com grupos também estas informações serão repassadas.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

AÇÃO:

1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento de ações:

A enfermeira realizará a capacitação de toda a equipe para a realização do exame clínico apropriado na primeira semana em dois encontros, serão feita esta capacitação nas reuniões de equipe com duração de 1 hora.

AÇÃO:

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

Detalhamento das ações:

A médica vai fazer a capacitação da enfermeira para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares na primeira semana.

AÇÃO:

3- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento das ações:

A farmacêutica, na segunda semana da intervenção, no salão de reuniões da unidade, vai capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

METAS:

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

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

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

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

Detalhamento das ações:

A enfermeira vai verificar o comparecimento dos usuários com diabetes e com hipertensão às consultas agendadas na unidade, e também vai monitorar se as

consultas agendadas e o retorno de acordo com o protocolo estão em dia, através de avaliação da ficha espelho, e se necessário, avaliação dos prontuários.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento das ações:

A enfermeira vai organizar com os ACS as visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos às consultas agendadas, após avaliação da ficha espelho.

AÇÃO:

2. Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação:

A enfermeira vai organizar a agenda para marcar nas terça feira de tarde os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

EIXO: Engajamento público.

AÇÃO:

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

Detalhamento das ações:

Os ACS, as técnicas de enfermagem, a enfermeira e a médica vão informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e a periodicidade da realização das mesmas.

Reuniões em conjunto com a comunidade e com os portadores de hipertensão e diabetes serão realizadas para todos possam discutir e achar o melhor

jeito de realizar o atendimento clínico e a assistência às consultas e ao grupo, e assim evitar o maior número de usuários faltosos. Essas reuniões vão se fazer com uma periodicidade de uma a cada quatro meses. A enfermeira será responsável por organizar estas reuniões, e participarão todos da equipe.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO

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

Detalhamento das ações:

Os ACS serão capacitados pela enfermeira quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Isso será realizado na primeira semana, na quarta-feira de manhã, na sala de reuniões da unidade.

OBJETIVO 4. Melhorar o registro das informações

METAS:

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

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

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

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

Detalhamento das ações:

Para este monitoramento, a enfermeira será a responsável. Serão avaliadas mensalmente as fichas espelhos, os registros nos prontuários, examinando se estão bem preenchidos com todos os dados.

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

1. Manter as informações do SIAB atualizadas.
2. Implantar a ficha de acompanhamento.
3. Pactuar com a equipe o registro das informações.
4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento das ações;

A enfermeira é responsável por manter as informações do SIAB atualizadas, mensalmente. Também irá fazer a ficha de acompanhamento e os registros das informações, os quais vão ser preenchidos pela equipe nas atividades. Ela explicará a importância de que todos façam um bom preenchimento dos registros. O monitoramento do bom preenchimento dos registros será feito pela enfermeira, de quinze em quinze dias.

AÇÃO:

5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação:

Na ficha espelho será anexado um sistema de alerta em todos os usuários que faltarem nas consultas, que estejam com exames em atraso, os que não fizeram estratificação de risco, com a doença descompensada, e com falta de alguma avaliação clínica. Esse sistema de alerta será de grande ajuda para dar um acompanhamento prioritário a estes usuários.

EIXO: Engajamento público.**AÇÃO:**

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

Detalhamento das ações:

Os ACS, as técnicas de enfermagem e a enfermeira orientarão a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. A orientação se dará quando em contato na comunidade e na UBS, nas consultas, nos trabalhos em grupo, em contato com as lideranças da comunidade para eles divulguem na comunidade.

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

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

Detalhamento das ações:

Na primeira semana a enfermeira capacitará a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético e do registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Ela também monitorará a qualidade dos registros, e se necessário, organizará uma capacitação.

OBJETIVO 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**METAS:**

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

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

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

Detalhamento das ações:

A enfermeira fará este monitoramento uma vez por mês, avaliando, pela ficha espelho, os usuários que não tem uma estratificação de risco.

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

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

Detalhamento da ação:

Os usuários considerados de alto risco terão suas consultas prioritizadas, sob a supervisão da enfermeira, com a ajuda da médica, que organizarão a agenda, deixando cinco consultas na semana para estes usuários. Se forem necessárias mais consultas, estas serão consultas de encaixe entre os outros atendimentos.

EIXO: Engajamento público.**AÇÃO:**

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

Detalhamento das ações:

A médica e a enfermeira esclarecerão ao usuário, durante a consulta médica e de enfermagem, sobre seu nível de risco da doença. Explicarão a necessidade do acompanhamento regular e como ele é feito na unidade. Também esclarecerão

sobre os fatores de risco modificáveis, que podem ajudar a prevenir as doenças. Nos trabalhos em grupos também se abordará estes assuntos. Os ACS levarão estas informações para os domicílios dos usuários.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO

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

Detalhamento das ações:

A enfermeira e a médica vão fazer a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco, a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, na segunda semana, com encontros de aproximadamente 25 minutos, e que será aproveitado o dia da reunião de equipe.

OBJETIVO 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

METAS:

- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

1. Monitorar a realização de orientação nutricional, da atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

Para esta ação serão monitoradas as fichas espelhos que serão mantidas sempre bem preenchidas e atualizadas. A enfermeira será a responsável pelo monitoramento a cada quinze dias.

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

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

Detalhamento da ação:

As práticas coletivas serão organizadas pela enfermeira, com a participação da equipe de enfermagem. Serão realizadas conversas sobre alimentação saudável na sala de espera enquanto os usuários aguardam atendimento.

A enfermeira e a médica marcarão uma reunião com o Gestor para solicitar auxílio quanto a parcerias com outros profissionais como nutricionistas e solicitar a compra de medicação antitabagismo.

A médica avaliará o tempo que é necessário para que seja possível prestar orientações individuais aos usuários.

EIXO: Engajamento público.**AÇÃO:**

1. Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
2. Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável

Detalhamento das ações:

Os ACS, as técnicas de enfermagem, a enfermeira e a médica orientarão os usuários e seus familiares em diversas oportunidades, como nos trabalhos em

grupos, nas visitas domiciliares, nas consultas, na sala de espera, e solicitando que as lideranças da comunidade também ajudem a levar estas orientações à comunidade em geral.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO

1. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
2. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
3. Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
4. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações:

A enfermeira e a médica capacitarão a equipe na primeira e segunda semana, sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. Na terceira semana, ocorrerá a capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e para o tratamento de usuários tabagistas. Estas capacitações ocorrerão na UBS, nos dias de reunião de equipe, e levarão aproximadamente 40 minutos cada.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.****Indicador 4.1.** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**Indicador 4.2.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.****Indicador 5.1.** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e diabetes mellitus, será adotado o Caderno de Atenção Primária de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde do ano 2013. Utilizaremos, além de prontuário clínico de cada usuário, a ficha espelho, onde se atualizará todos os dados necessários, quando da realização de exame físico geral e de exames laboratoriais, enfatizando a busca de dados clínicos para um atendimento de qualidade. Serão coletados todos os dados correspondentes de todos os atendimentos, e será realizado o monitoramento de enfermagem e médico. A ficha espelho do usuário com HAS e DM usada para a coleta de dados será fornecida pelo curso, contemplando os dados necessários para o registro dos atendimentos, acompanhamento, monitoramento, e dados que permitam a avaliação da intervenção, abordando os dados para preenchimento dos indicadores de monitoramento da intervenção. Para obtermos número suficiente de fichas espelhos contaremos com o apoio do gestor municipal, para dispor das fichas espelhos necessárias, e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelhos. Também contamos, para o acompanhamento mensal da intervenção, com a planilha eletrônica de coletas de dados. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Pretende-se alcançar 90% de cobertura de usuários com HAS e 90% com DM.

Para acompanhamento mensal da intervenção, será utilizada os prontuários clínicos dos usuários para coleta de dados. Para organizar o registro específico do programa, os agentes de saúde irão identificar os usuários com HAS e DM, através do registro do sistema de informações, obtendo, desta forma, informações referentes aos hipertensos e diabéticos. A enfermeira revisará o livro de registro, que é um documento criado na unidade pela enfermeira onde estão registrados todos os usuários portadores de HAS e DM para a identificação de todos os usuários que vieram ao serviço para consulta nos últimos 3 meses. A profissional localizará estes prontuários e transcreverá informações disponíveis para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, e vacinas em atraso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro criado identificando os usuários portadores destas doenças que foram cadastrados nos últimos três meses, aproveitando para revisar e atualizar todos os dados necessários na ficha espelho, assim como realizará o primeiro monitoramento quanto a usuários com atrasos em exames clínicos e laboratoriais, assim como vacinas atrasadas. Esses usuários receberão um sinal de alerta em suas fichas espelhos para que seja realizada busca ativa e priorizado o atendimento.

Para viabilizar as ações nas UBS, iremos fazer ações de capacitação com toda a equipe de saúde. A análise da situação da UBS e a definição do foco de intervenção foram discutidas com os profissionais da UBS, assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o caderno de atenção básica de hipertensos e diabéticos, contando com uma cópia na UBS, para consulta de toda equipe, sendo a médica a encarregada de solicitar para a gestão municipal. A capacitação se realizará na UBS, na sala de reuniões, aproveitando-se o horário da reunião de equipe, sendo reservadas duas horas ao final do expediente mensalmente. Cada membro da equipe estudará uma parte do caderno e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, promovendo a discussão do tema, apoiando, inclusive, a preparação de todas as agentes de saúde contratadas no mês de janeiro. Os conteúdos serão discutidos pela médica, conforme manual. Serão fornecidos pela secretaria de saúde e gestores municipais as ferramentas para a realização do projeto: lápis, papel, folders, livros, impressora, computador com programas informatizados como Datashow para a apresentação. A médica é a encarregada da capacitação de toda a equipe sobre o manual de HAS e DM, sobre preenchimento dos registros, e demais assuntos teóricos, além de ser o encarregado também da solicitação das ferramentas para a realização das capacitações, e a secretaria municipal de saúde se encarregará de fornecer, e os motoristas se encarregarão de buscar estas ferramentas para a Unidade.

Para viabilizar as ações de acolhimento, iremos promover melhorias para os usuários portadores de HAS e DM. O acolhimento dos usuários, que buscarem o serviço, será realizado pela técnica de enfermagem. Serão acolhidas todas as pessoas que estejam cadastradas como hipertensos e/ou diabéticos, além dos que não forem cadastrados ainda, ou que não tiverem agentes comunitárias de saúde em sua área, mas saibam ser portadores destas doenças, ou ainda, se quiserem examinar se são portadores de HAS e DM. Assim, poderemos ampliar a cobertura

deste grupo de usuários. As pessoas serão recebidas com escuta humanizada e, de acordo com suas necessidades, serão atendidas no mesmo turno de trabalho para aqueles que tenham necessidade de atualizar seu tratamento e apresentarem alguma descompensação de suas doenças, tendo prioridade no agendamento. Para isso, não será necessário alterar a organização da agenda, pois estes serão atendidos por consultas disponíveis para pronto atendimento. Os usuários que não forem casos de urgência no atendimento, serão agendados para uma data o mais breve possível, oferecendo consultas nos dois turnos de trabalho. Todos os usuários que compareçam à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para agendar as pessoas provenientes da busca ativa, serão reservadas 10 consultas semanais.

Para ouvir a comunidade, e prestar informações e orientações à população, serão aproveitados os locais públicos, os salões de acolhimento na UBS, contato com associações de bairros, representantes das comunidades e igrejas da área de abrangência e apresentaremos nosso projeto, esclarecendo a necessidade de um atendimento de qualidade e a importância de um seguimento adequado para poder evitar complicações. Este será feito pela médica e equipe de enfermagem. Os agentes comunitários de saúde terão um papel importante nestas atividades do bairro, tanto para entrar em contato com os responsáveis e marcar os encontros, quanto levar informações a serem repassadas à comunidade. Também levaremos informações através de rodas de conversa e aproveitaremos os integrantes dos grupos de hipertensos e diabéticos para que sejam transmissores das informações a todas as conhecidas que tenham estas doenças, e os estimulem para a participação nos grupos e busquem assistência periódica na unidade de saúde. Todos os meses serão realizados trabalhos com grupos em quatro comunidades, mediante conversas com lideranças e representantes da comunidade, que serão feitas pelo pessoal de enfermagem com apoio dos agentes comunitários de saúde. Neste contato, solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação dos usuários com HAS e DM, e de esclarecer na comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Com relação ao monitoramento da ação programática, a equipe de enfermagem será a responsável pelo monitoramento e acompanhamento das fichas espelhos semanalmente, monitorando número de faltosos, usuários com alterações

clínicas, os exames clínicos, laboratoriais ou vacinas em atraso, os encaminhamento para as especialidades. A médica se encarregará do monitoramento dos atendimentos, assim como os registros específicos que se realizam, e, uma vez por semana, revisará o arquivo, com o objetivo de avaliar a qualidade da realização dos atendimentos, como está o cumprimento dos protocolos de atendimentos, se foram realizadas todas as ações para ter uma qualidade adequada, poderá identificar os usuários que tenham atraso nas consultas, que não tenham feito os exames laboratoriais previstos nos protocolos, avaliar quem não passou por atendimento odontológico. Os agentes de saúde farão uma busca dos usuários com atrasos nas consultas ou no acompanhamento, e realizará o agendamento de, pelo menos, 10 consultas semanais a estes usuários, de acordo com o horário de sua conveniência.

Para que o trabalho de intervenção seja efetivado na USF Rural, a equipe entrará em contato com o gestor municipal, repassando uma cópia do projeto de intervenção da USF de Mata-RS, que será realizado pela médica. A gestão será encarregada de garantir os materiais como; esfigmomanômetro, hemoglicoteste, fita métrica. Serão solicitados pela médica aos gestores municipais. As medicações serão garantidas pela responsável pela farmácia da UBS, inclusive fornecerá as medicações contra o tabagismo. A médica solicitará a gestão a participação de outros profissionais como nutricionista, educador físico, solicitando que a gestão entre em contato com estes profissionais para fazer o planejamento deste trabalho. A disponibilidade de carro para o trabalho de visitas domiciliares, encontros, trabalhos na comunidade serão disponibilizados pela secretaria de saúde.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Antes da intervenção, os Agentes Comunitários de Saúde realizaram o levantamento dos usuários com HAS e DM que haviam sido identificados na população de abrangência e que fariam parte da intervenção ao longo de 12 semanas de trabalho. Com isso, pudemos saber qual o tamanho da nossa população alvo. A partir disso, iniciamos o cadastro dos usuários no programa, e contamos com o apoio dos meios de divulgação local para informar a população, e com a ajuda dos líderes das comunidades e do gestor municipal, que também fizeram parte de nosso trabalho, ajudando na divulgação do projeto, que seria feito tanto na Unidade de Saúde quanto nas comunidades dentro da área da abrangência, momento que também foi aproveitado pela equipe para cadastramento de novos usuários hipertensos e diabéticos. O espaço de trabalhos com os grupos foi outro momento oportuno para o cadastramento de novos usuários. O cadastramento era feito pelos ACS e posteriormente eram agendados para consulta médica, com avaliação clínica e odontológica na Unidade, conforme suas necessidades.

No começo da intervenção foram desenvolvidas atividades de capacitação de toda a equipe seguindo o cronograma previsto para desenvolver as ações constantes no projeto. Foram duas semanas de capacitação dos ACS e de toda a equipe, informando sobre o funcionamento do projeto, debatemos sobre o programa, as atribuições de cada membro da equipe, como faríamos o trabalho em conjunto. Foram disponibilizados os protocolos impressos sobre HAS e DM e também disponibilizados nos computadores na unidade. Durante a capacitação da equipe, planejou-se e foi discutida a programação das atividades, onde os membros da equipe participaram com propostas para adequar o funcionamento do programa e

tornar mais proveitosa nossa intervenção. Nas reuniões de equipe que ocorreram foram esclarecidas dúvidas sobre o projeto, acatadas sugestões para melhorar as atividades e para manter sistematicidade, e dar soluções às dificuldades que forem apresentando. A equipe manteve o cadastramento dos usuários com HAS e DM no transcurso das 12 semanas da intervenção. No início da intervenção, foram impressos os documentos e todo o material para nossa intervenção, como a ficha espelho para coleta de dados, folders educativos para todos os usuários, as planilhas para os cadastramentos e atualização dos dados de cada usuário, além de que se disponibilizou um local para o arquivamento desses documentos. A enfermeira foi a responsável de manter as fichas espelhos em dia, atualizando os dados, sendo organizadas.

Semanalmente foram marcadas as fichas dos usuários com HAS na cor vermelha e os usuários com DM na cor amarela, para facilitar a busca destas para as consultas. Durante a triagem feita pela enfermeira e pelo pessoal de enfermagem, foi feita a aferição dos sinais vitais e mensurações, que facilitam também o preenchimento destes dados na ficha espelho pelo médico na consulta.

A enfermeira também foi responsável por prever o número de fichas suficientes para todos os usuários avaliados, e verificar outros materiais disponibilizados em nossa intervenção, verificando se estão em condições adequadas de uso, como esfigmomanômetro, estetoscópio, glicômetro, fita métrica, balança, termômetro, e em caso de apresentar algum problema é informado ao gestor municipal para a troca.

Ao longo destas 12 semanas de intervenção, foram avaliados 260 usuários, com HAS e 65 com DM. A equipe obteve resultados positivos durante a intervenção, mas não conseguimos atingir a meta de cobertura proposta para nossa área. Foram realizados encontros de grupos na UBS com a participação de outros profissionais como Nutricionista, Orientador Físico, Psicólogo, Odontólogo, sempre tentando incorporar mais usuários nestes encontros. Tivemos apoio do gestor municipal, e dos líderes das comunidades para a divulgação dos eventos. Estes encontros foram feitos na UBS, já que as localidades do interior são muito distantes uma das outras, e a proposta foi de agrupar o maior número de usuários com HAS e DM, por isso se decidiu fazer na UBS. No total, realizou-se 10 encontros no transcurso das 12 semanas. A equipe apresentou algumas dificuldades para a realização desta atividade, algumas vezes devido ao não comparecimento dos usuários, pelas

condições do clima ou por problemas nos meios de transporte, sendo, então, estes encontros organizados para outro momento.

As visitas domiciliares também foram feitas sempre priorizando aqueles usuários que mais precisavam de avaliação, idosos, acamados, aqueles que não compareciam na UBS, e os que precisavam de atendimento de forma imediata. As visitas eram feitas pela enfermeira, pelo agente comunitário de saúde e pela médica. As demandas para as visitas eram recolhidas nas reuniões da equipe, sendo a prioridade os usuários que precisavam de avaliação imediata.

O acompanhamento, avaliação, e orientação para todos os usuários sempre foi feito em cada reunião, cada consulta, no acolhimento, durante a triagem. Uma das tarefas mais importantes foi orientar a pessoa sobre sua doença, os riscos, como levar estilos de vida saudáveis, a importância do tratamento, de atendimento de qualidade, de avaliação odontológica, de melhorar hábitos de vida mais saudáveis, a importância de fazer atividade física, a realização de exames complementares para avaliação médica, esclarecendo todas as dúvidas de cada usuário. No momento, mantemos o acompanhamento destes usuários, e a participação nas atividades de grupo, já que todas fazem parte de nosso serviço, porque a equipe conseguiu incorporar na nossa rotina diária de trabalho, mantendo a qualidade do serviço.

No início da intervenção, priorizamos os usuários agendados portadores destas patologias para a realização das consultas, sendo reservadas de 5 a 6 consultas em cada turno para agendamento e retornos, independentemente do número de usuários avaliados no dia, e a demanda espontânea da unidade foi mantida, sendo esta demanda em maior número que os atendimentos agendados. As fichas-espelho foram revisadas com frequência semanal objetivando encontrar os usuários faltosos às consultas.

Não alcançamos a meta de cobertura proposta para os usuários Hipertensos, mas todas as ações previstas foram desenvolvidas conforme o planejado no cronograma com o apoio dos ACS. Sem eles não seria possível nosso trabalho. Eles conseguiram a participação ativa dos usuários em todas as atividades desempenhadas durante a intervenção. Hoje continuamos com o trabalho dia a dia objetivando incorporar novos usuários para que participem de maneira contínua melhorando sua qualidade de vida. Foi um trabalho verdadeiramente em equipe,

para que os usuários hipertensos e diabéticos obtivessem avaliação clínica por meio da consulta médica de acordo com o protocolo de HAS e DM.

Durante a intervenção todo o material necessário para a realização do projeto, coleta de dados, sistematização dos dados, preenchimento das planilhas, avaliação dos indicadores, durante as 12 semanas, foram desenvolvidas sem maiores dificuldades.

Um dos objetivos principais da intervenção, além dos cuidados para com os usuários com HAS e DM no decorrer das 12 semanas, era, ao final, incorporar o projeto na rotina de nosso serviço, sendo que para conseguir a incorporação das ações previstas será mantida a busca ativa pelos ACS, os agendamentos para esse grupo de usuários, a divulgação pelos meios de comunicação, e desta forma manter as ações na Unidade Básica de Saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas na realização do projeto foram desenvolvidas desde o controle das pessoas com hipertensão e diabetes até a realização da capacitação e das ações de promoção e prevenção onde foram usados os meios de divulgação local (rádio local).

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta de dados tivemos dificuldades no começo no cálculo dos indicadores, pois a estimativa de hipertensos e diabéticos de acordo com a população estimada maior de 20 anos é muito alta e não tínhamos como alcançá-la, durante a coleta de dados não contávamos com a informação correta de hipertensos e diabéticos, mesmo assim trabalhamos muito para alcançar estes indicadores de cobertura, além de precisar maior trabalho dos ACS, e de toda a equipe em geral. Apesar das limitações, ainda conseguimos uma cobertura do programa da atenção ao hipertenso de 83,9% e dos diabéticos 75,6 %.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

No início as ações previstas no projeto forem incorporadas na rotina do serviço com muita dificuldade, porque a implementação das ações custou tempo e trabalho, ampliação da agenda para os usuários hipertensos e diabéticos, a criação de registros específicos, adequar na população a nossa realidade, foi difícil, mas conseguimos. Agora o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, os atendimentos clínicos de enfermagem, a agilização dos exames para estes usuários com apoio dos gestores municipais, tudo o que antes custava trabalho agora faz parte de nossa rotina do dia a dia, mantém-se o cadastramento destes usuários HAS e DM, nas comunidades pelos agentes de saúde, assim como a busca ativa, mantém-se os agendamentos para os atendimentos médicos e odontológicos dos usuários HAS e DM, a enfermeira vai manter os dados atualizados para conseguir um maior controle, manteve-se as visitas domiciliares e as reuniões de grupo com estes usuários tentando a incorporação de toda a população nestas atividades. Para que isto fosse possível, a equipe teve que trabalhar em conjunto, agendar a maior quantidade usuários, e, para os usuários que procuram atendimento de demanda espontânea, faz-se uma triagem de qualidade, e se for possível reagenda para outro dia para não ter tanta demanda de usuários, sendo sempre prioridade as demandas imediatas. A equipe vai manter as reuniões de grupo de HAS e DM de 15 em 15 dias para manter um controle destes usuários e orientações, sendo que nestas reuniões a equipe convidará diferentes profissionais como nutricionista, psicólogo, orientador físico, para que possam ajudar com as ações de educação em saúde.

A proposta de incorporar as ações em nossa rotina foi apresentada para os gestores municipais e os mesmos concordam, já que os indicadores avaliados mostram resultados positivos quanto ao desempenho, sendo que agora ele forma parte de nosso dia a dia para atingir a meta que é conseguir elevar os atendimentos a 100% da população com HAS e DM.

A seguir, apresentamos algumas fotos da intervenção:



Figura 1–Fotografia da UBS



Figura 2 Fotografia do trabalho em grupo



Figura 3- Fotografia Visita Domiciliar



Figura 4- Fotografia Visita Domiciliar



Figura 5- Fotografia da Visita Domiciliar

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

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

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

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

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

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

Ao longo de 12 semanas foi implementada em nossa unidade de saúde a intervenção proposta para melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão (HAS) e Diabetes (DM), na ESF Rural, cuja população total é 2193 pessoas. No momento contávamos com 310 usuários com HAS e 82 usuários com DM, no começo da intervenção, pelo último cadastro realizado, o qual necessitou ser atualizado, pois, com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a equipe pode atualizar os dados, com um aumento de usuários com DM residentes na área adstrita à unidade de saúde, elevando o número para 86 usuários com DM. Portanto, temos na área adstrita 310 hipertensos e 86 diabéticos. A intervenção realizada na UBS buscou a melhoria da atenção da saúde dos hipertensos e diabéticos.

Realizamos o cadastramento dos HAS e DM residentes na área de cobertura da UBS, estes usuários foram acolhidos e orientados a buscarem

sempre o atendimento na UBS. Foram atendidos, no primeiro mês da intervenção, um total de 97 (31,3%) hipertensos, e 21 (24,4%) diabéticos. No segundo mês, foram acompanhados no programa 196 (63,2%), e 45 diabéticos (52,3%). Na medida em que foram implementadas as ações, foi aumentando o número de atendimentos, sendo maior no terceiro mês, em que alcançamos 260 (83,9%) de cobertura hipertensão, e 65 (75,6%). Vale ressaltar que originalmente a intervenção estava programada para ser realizada em 16 semanas, por isso os gráficos apresentam o mês 4, mas devido a ajustes no cronograma do curso, a intervenção passou a ser realizada em 12 semanas.

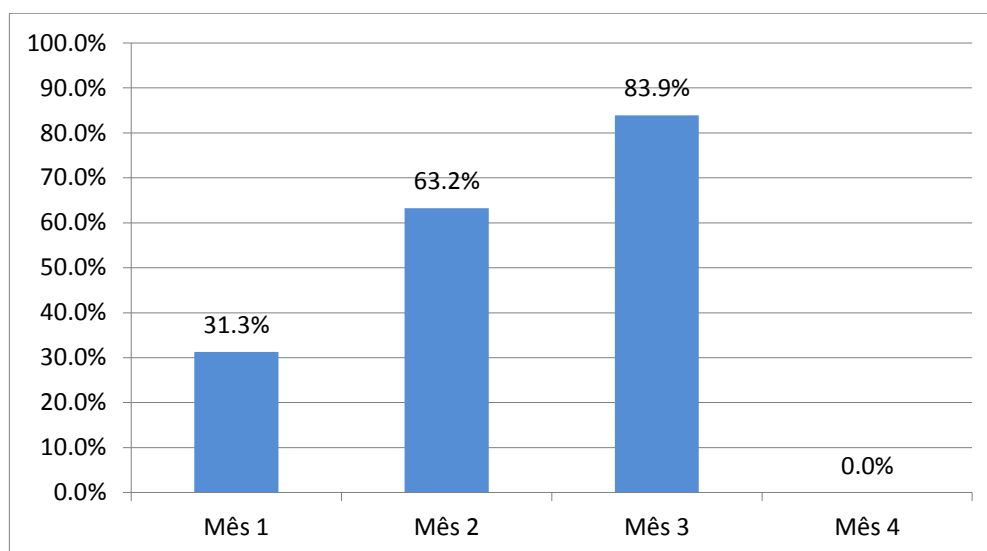


Figura 6- Gráfico da cobertura de atenção a Hipertensos na unidade de saúde.

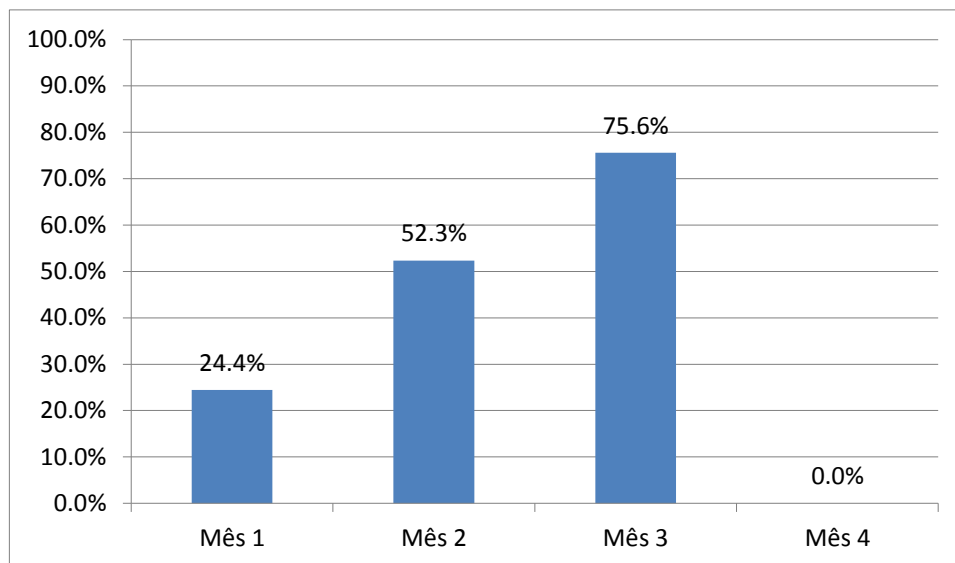


Figura 7- Gráfico cobertura de atenção a Diabéticos na unidade de saúde.

Este resultado foi produto de um longo trabalho no rastreamento do DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes com ajuda da equipe de saúde. A cobertura alcançada de HAS e DM foi obtida através da busca ativa destes usuários pela equipe de saúde e principalmente ACS que realizaram captação destes usuários para o atendimento na UBS. Também outra ação foi a oferta ampliada de consultas para a população alvo.

Os fatores que dificultaram a não obtenção dos indicadores na ação programática podem ser assim apresentados: a grande demanda de usuários na UBS é um fator importante, pois mesmo a equipe ampliando a oferta para os usuários HAS e DM nas agendas, a demanda de consultas espontânea para atendimento sempre foi superior, pelo que representa um fator importante.

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

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

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

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

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

Realizamos o exame físico completo em todos os usuários nas consultas de acordo com o protocolo. Inicialmente alcançamos 100% dos hipertensos no primeiro mês (97 usuários), no segundo e terceiro mês manteve-se 100% conforme o previsto, sendo no segundo mês 196 usuários examinados, e no final do trabalho conseguimos fazer o exame em 260 usuários. Para os usuários diabéticos também alcançou-se a meta em 100%, sendo 21 usuários no primeiro mês, 45 usuários no segundo mês e 65 usuários no terceiro mês.

Para melhorar a qualidade da atenção a estes usuários no serviço, organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, seguindo o caderno de atenção básica, informando a equipe os aspectos de relevância do exame físico dos usuários hipertensos e diabéticos, como detectar lesões de órgão alvo e identificar outras condições que aumentam a morbimortalidade

Estabelecemos a periodicidade para atualização dos profissionais utilizando as reuniões da equipe. Nestes encontros foi debatido sobre os aspectos relevantes da história clínica da pessoa com HAS e DM, como fazer uma correta medida da PA, das medidas antropométricas, o empenho da equipe foi de total importância para atingir esta meta.

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

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

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

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

Este indicador foi cumprido em 100% no primeiro, segundo e terceiro mês, sendo alcançados no primeiro mês 97 hipertensos e 21 diabéticos, no segundo mês 196 hipertensos e 45 diabéticos, e por fim, no terceiro mês 260 hipertensos e 65 diabéticos.

Foi um trabalho muito grande porque o município e o gestor municipal tiveram que disponibilizar e agilizar o serviço de exames complementares pelo SUS, sendo uma responsabilidade grande, mas conseguimos atingir a meta e foi efetuado exames complementares a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Sobre a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi cumprida, sendo no caso dos hipertensos no primeiro, segundo e terceiro mês, 97, 196, 260 usuários respectivamente. Para os diabéticos, 21, 45 e 65 usuários respectivamente para o primeiro, segundo e terceiro mês.

No começo do projeto tivemos que fazer pedido dos medicamentos para a farmácia para conseguir atingir a meta e para facilitar a entrega de medicamentos para todos os usuários diabéticos e hipertensos. Contamos também com a colaboração do gestor municipal, que tornou possível a disponibilização dos medicamentos na farmácia para todos estes usuários na UBS, e assim, conseguimos manter a estabilidade de medicamentos no estoque, cumprindo assim com 100% para todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados.

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

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

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

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

Sobre a meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos, primeiramente esclarecemos que a nossa equipe não conta com odontólogo, mas a meta foi atingida em 100%, pois a unidade conta com 2 odontólogos que fizeram o serviço para a população alvo, além de disponibilizar todo o material necessário para realizar o atendimento, atingindo a meta de 100% no primeiro, segundo e terceiro mês para todos os usuários hipertensos e diabéticos, sendo avaliados ao longo dos meses, 97, 196 e 260 hipertensos, e 21, 45 e 65 diabéticos.

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

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

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

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

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

Sobre a meta de busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, a equipe trabalhou muito para conseguir a participação dos usuários nas consultas, através das visitas domiciliares realizadas pelos ACS em primeiro

lugar, além das orientações e divulgação do projeto, e também com ajuda de todos os demais membros da equipe e do gestor municipal, conseguindo que todos os usuários comparecessem nas consultas para atendimento, não havendo faltosos para realizar a busca ativa. Mas a equipe está capacitada e ciente dos procedimentos necessários para realizar a busca ativa quando se fizer necessário.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Com respeito a manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no começo e durante o desenvolvimento da intervenção a enfermeira da equipe foi a responsável por monitorar as fichas de acompanhamento dos hipertensos e dos diabéticos nas consultas médica e de enfermagem acompanhados na unidade de saúde e verificou a qualidade destes registros sendo de 100% para todos os usuários, correspondendo a 97, 196 e 260 usuários hipertensos nos primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, e 21, 45 e 65 usuários diabéticos ao longo dos meses. Dentro das ações que forem desenvolvidas para contribuir a atingir esta meta, cito a organização e planejamento onde cada membro da equipe tinha sua função esclarecida quanto ao monitoramento e avaliação dos registros, também, as fichas espelhos contribuíram na organização no roteiro de atendimento, para obter os dados necessários para desenvolver a ação programática.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Na meta para realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, com a incorporação das ações na rotina diária da UBS, foi possível fazer esta avaliação do risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos e alcançamos 100% com os elementos reunidos na consulta médica, com a história clínica do usuário, o monitoramento e avaliação sistemática e pela periodicidade de acompanhamento, com exames laboratoriais em dia seguindo os critérios de risco pelo score de Framingham para definir os parâmetros de cuidado, tanto na consulta de enfermagem para a estratificação de risco como nas consultas médicas.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Na meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, devo dizer que na UBS com a implementação das ações da intervenção fizemos atividades coletivas, rodas

de conversa na UBS, orientações durante as consultas, nas visitas domiciliares, reuniões de grupo, com o objetivo de orientar os usuários sobre a importância de manter uma alimentação saudável, evitar o consumo de gordura, e, com isso, conseguimos 100% de aceitação pelos usuários e melhoramos sua qualidade de vida.

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

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

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

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

Na meta sobre garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos foi muito interessante, pois além das orientações nas consultas, nas visitas domiciliares, e nas reuniões de grupos com orientador físico, foi criado um grupo de caminhadas duas vezes por semana onde se incorporaram, além dos usuários hipertensos e diabéticos, outros usuários fora do grupo alvo. Foi muito gratificante e com isso conseguimos 100% de participação dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Sobre a meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, temos que dizer que o tabagismo é um dos principais fatores de risco da hipertensão e diabetes, e desde o começo da intervenção temos trabalhado com a orientação dos efeitos negativos do tabaco no organismo e sobre as diferentes doenças que causam e conseguimos englobar a população alvo em 100%. Temos falado em cada consulta, nas rodas de conversa realizadas, pelos ACS nas visitas domiciliares, na consulta médica e mantivemos o nível de informação.

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

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

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

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

Na meta sobre garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários, foi realizada orientação a 100% dos usuários sobre a importância da higiene bucal durante as visitas domiciliares, nas consultas médicas e nas ações de saúde realizadas na comunidade.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar

de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde, e toda a equipe em geral. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço com outros grupos de usuários, exemplo disto são os atendimentos aos usuários idosos, e o trabalho com usuários com câncer de mama e colo de útero, sendo enriquecedor e com muita expectativa para melhorar também quanto a estes atendimentos. A experiência foi única, já que a equipe teve uma participação nas atividades de promoção de saúde motivadas pelo projeto. A capacitação da equipe, além de melhorar o desempenho individual de cada um, também permitiu uma integração e união entre a equipe de trabalho. Os profissionais passaram a discutir os melhores métodos para ampliar os atendimentos e melhorar a qualidade da atenção e tratamento dos usuários de forma conjunta.

A capacitação dos ACS permitiu que eles conhecessem melhor a sua comunidade e pudessem identificar mais facilmente os usuários de maior risco para complicações. A ficha espelho possibilitou um melhor controle e monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos da unidade, facilitando o trabalho da equipe e melhorando a qualidade de atendimento dos mesmos, sobretudo quanto à estratificação de risco cardiovascular, atendimento clínico, exames complementares periódicos, tratamento farmacológico e seguimento adequado de cada usuário. A planilha de coleta de dados permitiu conhecer a quantidade de idosos hipertensos e diabéticos que temos em nossa unidade, sua distribuição por grupos etários, se tem ou não necessidade de tratamento farmacológico e as atividades desenvolvidas com eles, além de garantir o registro e acompanhamento dos idosos.

O desenvolvimento da intervenção propiciou importantes melhorias para o serviço diário na unidade, já que antes as atividades de atenção eram concentradas na enfermeira ou na médica, e agora toda a equipe participa de forma harmônica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e alcançando todas as comunidades da área da abrangência da unidade incluindo as mais distantes, o que provocou muito entusiasmo na população.

Para a execução das ações se definiu a função de cada membro da equipe, começando pelo acolhimento que era feito na recepção pela enfermeira ou técnico de enfermagem, determinando sua condição de

hipertenso e diabético e preenchendo os dados. Após o usuário era encaminhado para realizar triagem pela enfermeira onde se fazia a tomada de pressão, peso, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e glicemia capilar. Logo, encaminhava-se para consulta médica onde se realizava o exame médico geral, indicação de exames, caso necessário, estratificação de risco cardiovascular, busca de lesões a órgãos alvos. Além disso, eram dadas orientações gerais sobre dieta saudável, realização de atividades físicas, importância de um seguimento adequado, entre outras. Depois da consulta médica o usuário era encaminhado para o dentista para realizar avaliação odontológica e terminava o atendimento com a enfermeira que deixava a próxima consulta agendada. Dessa forma, a intervenção gerou benefícios para o serviço que ficou mais organizado e para os profissionais que com seus papéis estabelecidos dentro da intervenção buscavam dar uma atenção mais qualificada na sua função sem deixar de ajudar uns aos outros de forma multiprofissional.

O impacto da intervenção no início foi pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém, gerou insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconheciam o motivo desta priorização, mas com o desenvolvimento do projeto e sua divulgação pela rádio e atividades comunitárias, melhorou a qualidade dos atendimentos de cada grupo de usuários. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos hipertensos e diabéticos sem cobertura, e para isso precisamos fazer busca ativa na população e intensificar nosso trabalho com estes usuários para conseguir a meta. Em relação com os usuários cadastrados nas consultas médicas percebeu-se importantes mudanças relacionadas com seus estilos de vida, em especial quanto à alimentação, prática de atividades físicas, diminuição do tabagismo e do consumo de álcool, além de realizar um tratamento farmacológico adequado o que demonstram que a população captou as orientações passadas nas consultas, grupos, atividades de educação em saúde.

Se eu fosse realizar a intervenção novamente neste momento eu aumentaria as visitas e atendimentos das comunidades mais distantes, de uma para duas vezes por semana por acreditar que nestas comunidades há

muitos hipertensos e diabéticos não diagnosticados ou sem seguimento pelo difícil acesso. A intervenção já está incorporada a rotina do serviço e vai continuar em andamento. Para realizar isto vamos manter a captação dos usuários hipertensos e diabéticos até alcançar 100% das pessoas portadores destas doenças na área de abrangência, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização de atenção ao hipertenso e diabético, em especial, aqueles de alto risco, e vamos continuar com as consultas programadas e demanda espontânea para não afetar os atendimentos as demais ações programáticas.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar. Agora que estamos no final da intervenção, percebo que a equipe está integrada, como já incorporamos a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas e assim melhorar a qualidade dos atendimentos e assim também incorporar o nosso serviço a outras ações programáticas para serem desenvolvidas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Foi realizado em um período de três meses na UBS Urbano do Município de Mata\RS, como uma proposta pelo curso de Especialização em Saúde de Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), vinculada ao programa Mais Médicos (PMMB), uma intervenção com o objetivo de promover melhorias para o público alvo escolhido, que foram as pessoas com hipertensão e diabetes com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da ESF Rural, sendo a população total 2193 pessoas, 310 hipertensos e 86 diabéticos. A escolha deste foco para intervenção se deu por identificarmos carência de ações destinadas a esta população como consequência de não ter tido médico no ESF Rural desta região por algum tempo.

No começo foi um desafio muito grande trabalhar no interior do município, com poucas condições e muitas coisas por fazer, mas fiquei muito grata ao conseguir realizar este trabalho. A intervenção ocorreu nos meses de junho até agosto de 2015 e os resultados foram muito proveitosos sendo que o apoio da Secretaria de Saúde e da Prefeitura do município, assim como dos líderes das comunidades tiveram fundamental importância para atingirmos ótimos resultados na melhoria da qualidade dos atendimentos aos usuários da unidade. Capacitamos toda a equipe para realização das ações em saúde de acordo com os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, reorganizamos a agenda para otimizar os atendimentos, fizemos busca ativa de usuários faltosos nas comunidades, desenvolvemos grupos e realizamos trabalhos com ações de promoção e prevenção da saúde abordando temas como a importância de manter hábitos alimentares saudáveis, importância da prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal adequada. Nos três meses de intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 260 usuários hipertensos (83,9%) e 65 usuários diabéticos (75,6%)

residentes em nossa área de abrangência, conforme pode ser observado nas figuras 8 e 9.

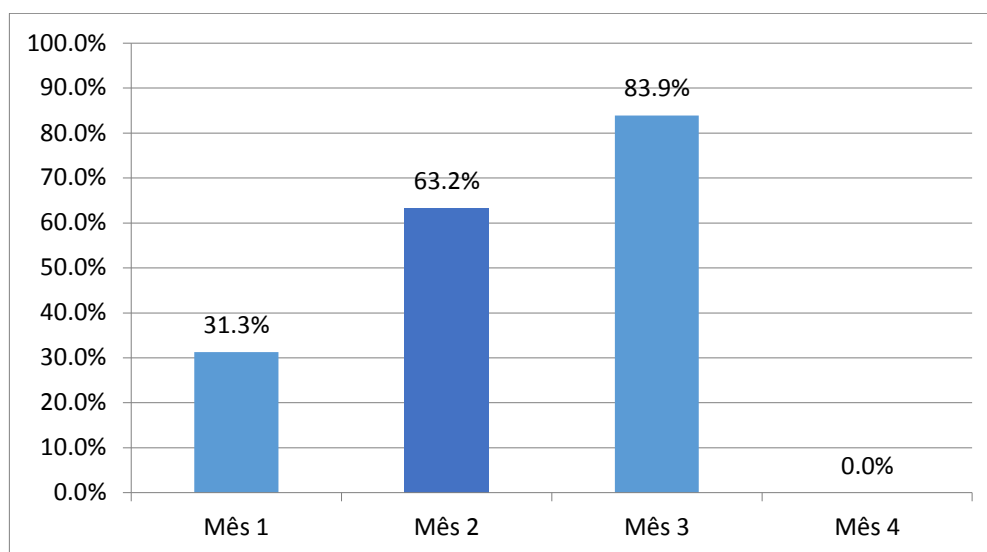


Figura 8- Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso

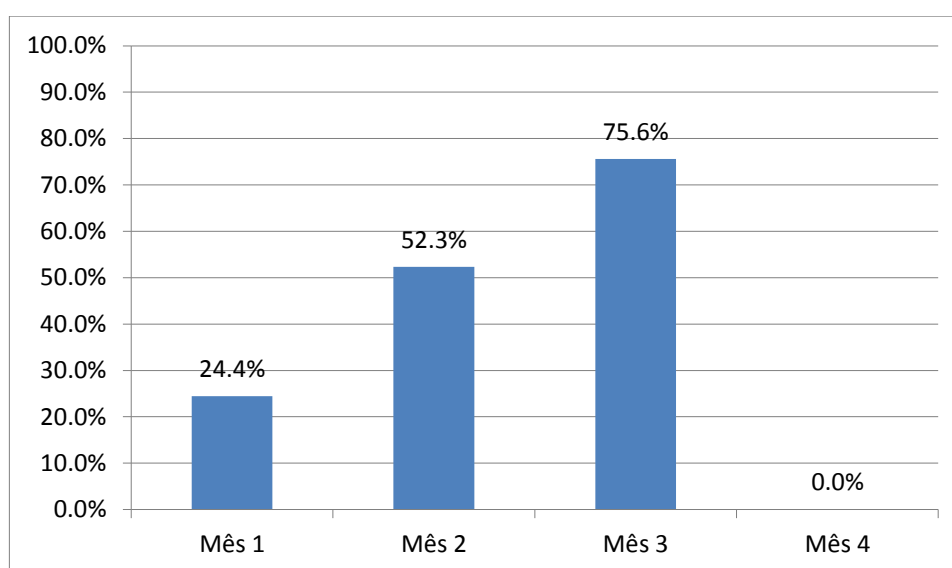


Figura 9. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético.

Conseguimos atualizar e qualificar os registros para acompanhamento da situação de saúde de cada usuário e, atualmente, temos dados de monitoramento da situação de cada usuário com hipertensão e/ou diabetes acompanhados em nossa unidade de saúde. Finalizamos o terceiro mês de intervenção com 100% dos usuários cadastrados com exames clínicos e complementares em dia de acordo com o protocolo. Garantimos que 100% dos usuários recebessem prescrição de medicamentos da farmácia popular e todos receberam exame físico completo e

foram avaliados quanto à higiene bucal. Consideramos o desenvolvimento dessas ações um grande sucesso para a unidade de saúde e para a população já que tive sempre a equipe me apoiando, e ainda mais após terem conhecimento do projeto, todos ficaram envolvidos já que consegui mudar a rotina na unidade com muito trabalho no começo, mas não desisti até conseguir o propósito. Apesar das dificuldades, foi possível ampliar a cobertura dos atendimentos ao grupo priorizado, como é a hipertensão e diabetes, que se não tratadas a tempo e mantidas sob controle, podem criar complicações, até a morte, especialmente nos idosos.

Com o desenvolvimento da intervenção e a equipe unida resolvemos algumas dificuldades enfrentadas no dia a dia, como a visita domiciliar atrasadas daqueles usuários que sofrem de hipertensão e diabetes, fez-se agendamentos das consultas em um dia específico da semana para providenciar um melhor atendimento, foram avaliados todos os usuários durante as consultas realizando o exame clínico completo e anotando nas fichas de acompanhamento, realizamos ações comunitárias onde realizamos busca ativa de hipertensos aferindo a pressão a todos os usuários maiores de 20 anos.

Realizamos teste de glicose aos hipertensos e aqueles com fator de risco. Palestramos sobre alimentação saudável, da importância da prática do exercício físico, o uso correto dos medicamentos diários para evitar complicações. Identificamos o risco cardiovascular a cada um deles e anotamos na ficha de acompanhamento.

Quanto aos exames complementares e uso dos medicamentos para hipertensos e diabéticos não apresentamos dificuldades já que com ajuda do gestor municipal foi disponibilizados os medicamentos e dado mais agilidade na realização dos exames para estes usuários.

Acreditamos que conseguimos promover melhoria da qualidade do atendimento na UBS e sua incorporação na rotina das ações da unidade, seguindo os protocolos na tentativa de ter mais organizadas as ações programáticas. Pretendemos incorporar também a equipe da zona rural e manter o controle desses usuários. Para isso, contamos com a disposição da equipe e dos líderes comunitários e esperamos continuar contando com o apoio da Secretaria de Saúde e Prefeitura do município. O apoio dos gestores locais é fundamental para alcançar estas metas e continuar melhorando a qualidade de vida da população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Na UBS Urbano, realizamos um conjunto de ações durante três meses, buscando melhorar o atendimento oferecido à população. Inicialmente, foi realizado para o grupo de pessoas com hipertensão e diabetes. Foi um desafio para a nossa equipe ao ver que tinha um controle muito baixo destas pessoas registradas na unidade e por isso buscou fazer um trabalho com a equipe e ampliar os atendimentos, para melhorar o acompanhamento. Para isso, foram realizadas várias ações comunitárias para identificar as pessoas com hipertensão e diabetes, verificamos a pressão de todos que compareceram à UBS.

No começo foi muito difícil, pois as pessoas e a equipe não entendiam qual era o objetivo do projeto, tivemos que treinar a equipe de saúde para trabalhar e fazer algumas mudanças no planejamento das consultas. Realizamos acompanhamentos das pessoas nas visitas domiciliares, buscamos os que estavam atrasados nas consultas, explicamos que a consulta não foi apenas para pegar o remédio, mas também era para fazer um exame clínico completo, agendamos novas consultas para melhorar a qualidade dos atendimentos, garantimos os medicamentos dessas doenças na farmácia. Demos prioridade de atendimento para os hipertensos e diabéticos.

Oferecemos orientação sobre alimentação saudável e sobre a importância do exercício físico para saúde. Avaliamos cada usuário na consulta com exame físico completo registrando em cada prontuário de acordo com o que o ministério da saúde recomenda. Foi oferecida na unidade atendimento agendado para dentista também com prioridade para os hipertensos e diabéticos, foi disponibilizado na farmácia os medicamentos, e com ajuda da prefeitura municipal conseguimos agilizar os exames complementares.

Mesmo assim conseguimos ampliar os registros de hipertensos e diabéticos na unidade e elevar a qualidade dos atendimentos, ainda não para todos que moram

na área ao redor da unidade, mas continuaremos trabalhando para aumentar o número de pessoas atendidas. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas conseguimos ampliar os atendimentos dos hipertensos e diabéticos no município e alcançamos a cobertura de 83,9% dos hipertensos e 75,6% dos diabéticos. Conseguimos melhorar a qualidade de vida da população, pois foi motivada a participação mais ativa na sua saúde. Agradeço a toda a população pelo apoio no nosso trabalho, e esperamos que todos continuem nos ajudando a melhorar ainda mais o atendimento oferecido para a população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este curso foi uma experiência nova, boa e muito interessante em minha profissão como médica. É a primeira vez que participo de um curso a distância para o estudo de uma especialidade fora de Cuba, ainda mais com novos protocolos e outra língua que tive que estudar, o que ajudou muito em minha superação com a língua e comunicação. Eu fiquei um pouco atrasada em relação a minha turma e por isso eu tive muitas dificuldades sobretudo na realização das tarefas já que tive que realizar muitas delas em pouco tempo com um idioma diferente. No entanto eu recebi muito apoio de meu orientador e a equipe de trabalho de minha unidade que foi solucionando todos os problemas até conseguirmos chegar à realização do projeto na unidade 3 do curso, o que foi um grande desafio.

Acredito que o curso foi muito importante, pois mediante o mesmo conseguimos que a equipe de saúde trabalhasse muito unida, de forma integral, que as agentes de saúde conhecessem mais a população de suas comunidades, que os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tivessem um seguimento adequado com conhecimento de como realizar uma dieta adequada e um estilo de vida saudável e alcançamos todas as comunidades.

O que mais me impressionou foi a grande aceitação que tive da equipe de saúde com a intervenção, além do apoio da Secretaria de Saúde, da Prefeitura, dos dirigentes comunitários e de toda a população. Tivemos bons resultados e conseguimos alcançar a captação de novos usuários e aumentar o conhecimento da população sobre estas doenças, seus fatores de risco e como evitar as principais complicações. Vamos continuar trabalhando para alcançar 100% dos usuários hipertensos e diabéticos da área com o propósito de continuar melhorando a qualidade de vida da população da área de abrangência da unidade e do município Mata\RS.

Referências

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 1.ed.; 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO J. A.; RODRIGUES I. C. **Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, jul., 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3. Ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 69 p., 2010.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. **Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030**. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 87, n. 1, p. 4-14, 2010.

WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE, R.; KING H. **Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030**. *Diabetes Care*, v. 27, n. 5, p. 1047–1053, maio, 2004

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante