

**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 UBS Mato Queimado, Mato Queimado/RS**

Yareimis Lopez Ramos

Pelotas, 2015

Yareimis Lopez Ramos

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Mato Queimado, Mato Queimado/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: Eliane Carloni da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R175m Ramos, Yareimis Lopez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Mato Queimado, Mato Queimado/RS / Yareimis Lopez Ramos; Eliane Carloni da Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

96 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. Silva, Eliane Carloni da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico aos meus colegas de trabalho os quais dedicaram seu tempo e esforço nesta intervenção, assim como o pessoal da secretaria de saúde que apoiou, também aos usuários que foram co-participantes deste trabalho. E minha orientadora pela ajuda e paciência. A todos muito obrigado.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora Eliane Carloni Da Silva, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho, e a todas essas pessoas que de uma forma u outra participaram na intervenção, em especial a toda minha equipe de trabalho.

Resumo

RAMOS, Yareimis López. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Mato Queimado/ Mato Queimado/RS.** Ano. 2015 94f. 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 responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam ainda, mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise. Estas doenças são de grande impacto na saúde pública, pois tem alto nível de incidências e agravos nos casos prevalentes, constituindo umas das principais causas de morbimortalidade de nossas áreas distritais. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Mato Queimado /RS por meio de uma intervenção com duração de três meses na área da equipe básica de saúde Mato Queimado/RS. Participaram da intervenção todos os hipertensos e diabéticos, da área da unidade. As ações realizadas na intervenção foram baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações que foram realizadas como o cadastro desses usuários, preenchimento da planilha de coleta de dados que foi realizado no momento da consulta, servindo para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho. Buscamos a ampliação da cobertura, melhoria na qualidade a atenção aos hipertensos e diabéticos assim como a melhora na adesão e registro das informações dos hipertensos e diabéticos. Para isto se estabeleceu ações dentro de quatro eixos pedagógicos: avaliação e monitoramento das ações, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Antes da intervenção a estimativa de nossa cobertura era de 96% para os hipertensos e 48% de diabéticos respectivamente, com deficiências nos indicadores de qualidade. Após a realização da intervenção, temos 99,8% de hipertensos e 100% de diabéticos acompanhados, com cadastro de 426 usuários com Hipertensão Arterial e 65 Diabéticos, com 100% dos indicadores de qualidade avaliados durante a intervenção. A intervenção foi importante para equipe, pois exigiu capacitação para o atendimento a estes usuários, aumentou o vínculo com a comunidade e com também a melhoria do serviço ao viabilizar a atenção à um maior número de pessoas, com os agendamentos das consultas programáticas organizadas e possibilidade de atender as demandas espontâneas dos Hipertensos e Diabéticos. Foi também importante para a comunidade, pois possibilitou obter mais informações sobre os cuidados com a saúde, através das orientações oferecidas para os hipertensos e diabéticos, além da qualidade dos atendimentos realizados na unidade, com um acompanhamento de forma integral.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição da população por sexo e faixa etária	15
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Mato Queimado/RS,2015.	65
Figura 3	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Mato Queimado/RS,2015	65
Figura 4	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Mato Queimado/RS, 2015.	67
Figura 5	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Mato Queimado/RS, 2015.	67
Figura 6	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Mato Queimado/RS,2015.	68
Figura 7	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Mato Queimado/RS,2015.	69
Figura 8	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Mato Queimado/RS,2015.	71
Figura 9	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Mato Queimado/RS, 2015.	71
Figura 10	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na ESF Mato Queimado/RS, 2015.	73
Figura 11	Gráfico Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa na ESF Mato Queimado/RS, 2015.	74
Figura 12	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Mato Queimado/RS, 2015	76
Figura 13	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Mato	77

	Queimado/RS, 2015.	
Figura 14	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a pratica de atividade física regular na ESF Mato Queimado/RS, 2015.	79
Figura 15	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Mato Queimado/RS, 2015.	80
Figura 16	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Mato Queimado/RS, 2015.	81

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de especialidades odontológicas
CRAS	Centro de referência de atenção psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial sistêmica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	29
2.2.1 Objetivo geral	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas	29
2.3 Metodologia	31
2.3.1 Detalhamento das ações	32
2.3.2 Indicadores	49
2.3.3 Logística	56
2.3.4 Cronograma.....	59
3 Relatório da Intervenção.....	61
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	61
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	62
4 Avaliação da intervenção.....	63
4.1 Resultados.....	63
4.2 Discussão	81
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	86
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	88
Referências	90
Apêndices.....	92
Anexos	

Apresentação

O presente volume foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), no qual realizou-se uma intervenção direcionada melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde Mato Queimado/Mato Queimado/RS. O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que compõe o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

A proposta pedagógica iniciou-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS, possibilitando à equipe a identificação das ações deficientes.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu após a verificação das ações programáticas deficientes na unidade, escolher de um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde para a realização da intervenção com a organização das ações na unidade de saúde, buscando a melhoria da atenção prestada.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção tem-se o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção, com a descrição das ações desenvolvidas, as dificuldades e facilidades em sua execução.

A partir do Relatório da Intervenção serão descritos os Resultados da Intervenção para avaliar-se a intervenção atingiu seus objetivos em relação às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população. No relatório da intervenção há ainda os relatórios ao gestor e comunidade, com os relatos do que foi alcançado e da necessidade de auxílio das partes para continuar com as ações.

Por último está descrita a Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do

trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Mato Queimado é uma cidade do estado do Rio Grande do Sul, e seus habitantes se chamam matoqueimadense. O município se estende por 114,6 km² e contava com 1 799 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 15,7 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Caibaté, Guarani das Missões e Vitória das Missões, Mato Queimado se situa a 36 km a Norte-Oeste de Santo Ângelo a maior cidade nos arredores. Situado a 207 metros de altitude, de Mato Queimado as coordenadas geográficas do município Latitude: 28° 14' 54" Sul Longitude: 54° 37' 36" Oeste. Está a 489 quilômetros da capital (Cidade-Brasil, 2015).

Trabalho na ESF (Estratégia Saúde da Família) Mato Queimado, no Município Mato Queimado interior do Rio Grande do Sul, unidade rural, e nesta unidade, faço atendimentos dois dias da semana em turnos alternados (segunda feira de manhã e quartas feiras de tarde) o restante dos dias, faço atendimentos nas unidades do interior do município. Realizo junto à equipe as visitas domiciliares e o restante das atividades planejadas pela equipe que são feitas em conjunto com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), como grupos nas escolas, grupos nas comunidades, grupo de tabagismo. Ao redor da ESF temos a escola municipal, prefeitura, igreja e instalações de comércio.

A situação de trabalho em minha ESF é muito boa, pois apesar de ser um município pequeno está bem organizado. A estrutura física da unidade de saúde está composta por uma sala de vacina, um consultório de odontologia, dois consultórios médicos e uma sala de acolhimento, uma sala de esterilização, uma

sala de curativos, sala de observação, farmácia, salas de administração e almoxarifado. Quanto à estrutura, a acessibilidade conta com rampa adaptada para os portadores de necessidades especiais, bem como o banheiro adaptado com porta mais larga e barra de segurança, os demais banheiros, assim como todas as salas, contam com ventilação e luz natural e o piso é antiderrapante. Todas as salas são sinalizadas e existe ainda uma placa auto-explicativa no hall de entrada. Acredito que a qualidade da estrutura auxilia no desenvolvimento do trabalho.

A população do município é de 1804 habitantes com um total de 660 famílias cadastradas. Considero que tanto a estrutura como o processo de trabalho, estão bem organizados, pois fazemos palestras de diferentes assuntos de importância para a comunidade, muitas vezes sugeridos pelos próprios usuários, visitas domiciliares duas vezes por semana, existem também grupos de hipertensos e diabéticos, aos quais oferecemos palestras, incentivamos a atividade física de forma prática com a própria caminhada, ou seja, caminhamos nos encontros com os usuários, de forma a incentivá-los a praticar exercícios. Existe também o grupo de tabagismo, no qual se oferece aos fumantes adesivos, gomas e medicamentos conforme suas necessidades visando a deixarem o vício do tabagismo.

As condições de trabalho são muito boas já que na unidade há receituários em quantidade adequada, diversos tipos de medicamentos e posso fazer os encaminhamentos necessários para as diversas especialidades médicas, psicológica e de fisioterapia, quando julgo necessário. Temos à disposição um carro, não somente para as visitas programadas, como também para eventuais visitas de urgências. A farmácia do município conta com boa variedade de medicamentos e por isso, somente em poucos casos, o usuário deve buscá-los em farmácias particulares. O que mais me chama a atenção é a quantidade de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos utilizados pelos usuários, tanto de jovens como de idosos. Acredito que mais de 60% da população faz uso destes medicamentos e a faixa etária na qual mais predomina o uso, é a dos idosos. No dia a dia, há uma procura maior de uma pequena parcela de usuários, que muitas vezes supera o que podemos oferecer na unidade, já que muitos deles apresentam problemas de ordem econômica e familiar que fogem das nossas possibilidades. Porém, ainda assim tentamos oferecer o maior conforto, na medida do possível, trabalhando em conjunto com a Psicóloga.

Na unidade também se realizam teste para sífilis, HIV, hepatite B e C, e teste do pezinho nas crianças recém-nascidas para o diagnóstico de algumas doenças. Eu atendo em média doze usuários durante o período da manhã, número que me permite realizar um atendimento satisfatório e não preciso correr contra o tempo. As atividades da tarde incluem trabalho em grupo e atendimentos no interior do município. Fazemos reuniões da equipe toda, com participação da enfermeira, dentista, agentes de saúde, semanalmente, todas as sextas feiras, nas quais discutimos assuntos diversos relacionados a ESF, o que torna o trabalho devido principalmente a comunicação com os agentes de saúde, mais dinâmico. As visitas domiciliares me permitem ver a realidade das famílias e fazer um diagnóstico mais profundo sobre a situação dos seus membros. No consultório tenho acesso à internet e livros de medicina adquiridos pela Secretaria de Saúde, tenho muito apoio da Secretária de saúde e dos colegas, com os quais possuo um ótimo relacionamento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Mato Queimado é uma cidade do estado do Rio Grande do Sul, e seus habitantes se chamam matoqueimadense. O município se estende por 114,6 km² e contava com 1.804 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 15,7 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Caibaté, Guarani das Missões e Vitória das Missões, Mato Queimado se situa a 36 km a Norte-Oeste de Santo Ângelo a maior cidade nos arredores. Situado a 207 metros de altitude, de Mato Queimado as coordenadas geográficas do município Latitude: 28° 14' 54" Sul Longitude: 54° 37' 36" Oeste. Está a 489 quilômetros da capital (Cidade-Brasil, 2015).

Trabalho na ESF Mato Queimado, no município de mesmo nome do interior do Rio Grande do Sul, com economia basicamente rural oriunda da agricultura e criação de gado, com clima subtropical. A etnia predominante é alemã e uma considerável parte da população é idosa (mais de 20%).

O município conta com uma equipe de ESF que atende 5 UBS, sendo que 3 destas estão situadas na área rural e 2 na área urbana do município. A equipe da

ESF é apenas uma e está formada por dois médicos, um brasileiro e uma do Programa Mais Médicos (PMM), três técnicas de enfermagem e duas enfermeiras, além de um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório dentário. Também contamos com cinco agentes de saúde organizadamente distribuídos pelas áreas da comunidade em cinco micro áreas. Temos ainda equipe de apoio do NASF composta por uma nutricionista, psicólogo e assistente social, que tornam possível o atendimento conjunto e integral dos usuários da comunidade, assim como a solução dos problemas.

As reuniões da equipe de saúde são feitas todas sextas feiras de tarde e são abordados os diferentes assuntos da semana que passou e planejadas as ações de saúde para ser feitas na próxima semana. São feitas também as reuniões de discussões de caso com os profissionais do nível superior em conjunto com os profissionais do NASF e o apoio do CRAS.

A UBS tem uma população de 1804 habitantes, com um total de 660 famílias cadastradas, distribuídos por idade e sexo de acordo com o quadro 1:

Faixas etárias	Homem	Mulher	Total
0-9	102	107	209
10-19	130	116	246
20-29	95	110	205
30-39	125	120	245
40-49	140	114	254
50-59	120	123	243
60 e mais	198	204	402
Total	910	894	1804

Figura 1. Distribuição da população segundo idade e sexo. ESF Mato Queimado, Mato Queimado/RS, 2014. Fonte: SIAB - Análise situacional da ESF Mato Queimado.

A UBS não conta com CEO (Centro de especialidades odontológicas) nem serviços especializados, ou serviços hospitalares de média e alta complexidade, sendo que estes serviços ou são terceirizados ou encaminhados através da rede.

Em suma, o município paga boa parte dos serviços de média e alta complexidade. Não há vínculo da unidade com as instituições de ensino.

Neste município todos os cidadãos têm acesso aos serviços de saúde de atenção básica. Há garantia do acesso de forma integral, universal e humanizada para todos sem discriminação de raça, sexo, preferência política, credo.

Na UBS, particularmente, acho que as condições são boas do ponto de vista estrutural, pois conta-se com todos os espaços requeridos, cumpre-se com praticamente todos os padrões desenhados para as UBS, conforme descrito no manual das estruturas físicas para as UBS – Saúde da família, publicado pelo ministério da saúde em 2008.

Ao verificar o manual, identificamos a ausência de corrimãos nas rampas de acesso a UBS, contrário do que determina as normas de acessibilidade a UBS, já que as rampas devem ter corrimãos obrigatoriamente. Outro problema identificado foi que em nossa UBS não existem símbolos internacionais para pessoas com deficiências que indicam a existência de equipamentos, mobiliários e serviços especiais para pessoas com deficiência, seja física, visual ou auditiva. Esta situação é de suma importância já que as sinalizações são imprescindíveis para que estes usuários tenham uma maior acessibilidade aos serviços de saúde.

Tendo em conta que a criação das USB's tem como um de seus objetivos promover a acessibilidade e proporcionar condições de mobilidade com autonomia e segurança para as pessoas com deficiências este é um desafio em nossa unidade, mas a equipe de planejamento de ações já traçou um plano de atividades no sentido de identificar no local as adaptações necessárias que garantam a acessibilidade sem dificuldades no sentido de garantir que estes usuários possam acessar aos serviços, quando necessário, com total autonomia sem ter que enfrentar dificuldades ou solicitar ajuda de outras pessoas.

Em nossa UBS não podem ser feitas pequenas cirurgias e/ou procedimentos, porque não temos ambiente físico com as condições mínimas necessárias, mas nós temos um hospital próximo, onde as condições são adequadas e são feitas esses tipos de procedimentos. Nós agendamos os usuários e estes, são encaminhados para esta instituição onde são feitos os procedimentos. O seguimento do usuário, como curativo e os outros cuidados são feitos por nós na própria unidade ou através das visitas domiciliares, conforme necessidade.

A UBS tem um adequado plano de atividades de promoção e prevenção de saúde, são realizados grupos de intervenção comunitária com diferentes grupos como usuários crônicos de medicamentos, diabéticos, hipertensos, gestantes, adolescentes, tabagistas, mulheres. Nestes grupos se realizam palestras, atividades de artesanato, orientações sobre hábitos de vida saudáveis, entre outras. Considero estas atividades muito integrativas já que permitem à equipe interagir diretamente com a população no seu meio e de igual maneira eles com a equipe.

O atendimento na UBS é muito constante, tem um fluxo ativo de usuários, pois a população tem fácil acesso aos serviços, além de que os problemas de saúde têm uma adequada resolutividade na própria UBS.

A partir dos estudos realizados na população, o principal problema de saúde identificado foi o uso indiscriminado de medicamentos antidepressivos os psicotrópicos em geral, além de um elevado índice de usuários com hipertensão arterial o qual constituem 25% da população e para estes problemas identificados foi traçado um plano de ações em conjunto com nutricionista e psicólogo para dar soluções de maneira individual e integrada a estes usuários, o registro destes pacientes assim como o monitoramento e avaliação segundo o protocolo é deficiente, tem muitas dificuldades com respeito a estes aspectos, assim como na qualidade do exame clínico e laboratorial destes grupos prioritários segundo o protocolo.

Apesar se ter uma organização muito boa na ESF, ainda não são realizados grupos de saúde mental nas diferentes comunidades, pois a população é muito reservada com respeito às doenças mentais. Por exemplo, não conseguimos fazer ainda este grupo porque eles não querem participar por temer a que outras pessoas fiquem sabendo de suas doenças. Estamos trabalhando apenas com o planejamento desta atividade e a educação ao respeito deste tema.

Na reunião da equipe um dos pontos que estamos discutindo é a criação de outros grupos que realmente são vulneráveis, como os alcoólatras que também não tem grupo formado, já que o atendimento destes usuários geralmente é individualizado.

A busca ativa de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis é feita pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares e pelo médico nos grupos feitos mensalmente nas comunidades.

Os usuários atendidos em visitas domiciliares são todos os com doenças crônicas não transmissíveis que por alguma razão não tem comparecido nas atividades de grupo ou nas consultas programadas, usuários acamados, gestantes vulneráveis, crianças menores de três anos e outros grupos como os alcoolistas, podendo as visitas ser mensalmente ou conforme a demanda.

As vacinas também são feitas em domicilio conforme situações especiais como psiquiátricos, idosos com dificuldade de acesso à UBS e usuários com HIV.

O odontólogo faz consultas agendadas todos os dias, exceto quintas-feiras de manhã, no qual realiza visitas domiciliares junto com a assistente de saúde bucal e a médica. Estas visitas são feitas de forma integrada realizando prevenção e promoção de saúde. Por isso não há fila de espera, os usuários são previamente agendados e se aparecer alguma demanda espontânea é atendida imediatamente. Não tem dificuldades nenhuma no atendimento odontológico.

Os usuários internados geralmente são acompanhados pela enfermeira e o médico depois da alta hospitalar, recebendo visita destes profissionais e do ACS.

O acolhimento é o processo mais importante que está sendo feito em nossa ESF, pois é muito importante desde o ponto de vista organizacional e também permite a criação do vínculo do usuário com a equipe. Acho que o acolhimento, a escuta, e a criação de vínculos é a maneira adequada para oferecer uma boa organização da demanda espontânea.

Na ESF o acolhimento é para a demanda espontânea já que a população é muito resistente às mudanças e não aceita o agendamento e muito menos o limite de fichas. Este tema tem sido discutido em várias reuniões e a equipe determinou que vamos continuar com este tipo de atendimento já que é primordial que o usuário seja sempre bem atendido e satisfeito com o atendimento.

A demanda de usuários diariamente é grande e o acolhimento é feito pela recepcionista, técnicas de enfermagem e enfermeiras na recepção onde são acolhidos, classificados segundo risco que apresentam e encaminhados para os diferentes atendimentos segundo a necessidade destes, sempre tentando fazer o melhor possível para que os usuários não fiquem muito tempo na lista de espera. Infelizmente, a equipe ainda encontra muita resistência no agendamento das consultas. Foi criado um horário de consultas e mesmo assim os usuários chegam em qualquer horário ou turno procurando consultas médicas. Com certeza é um problema de organização e tem sido tratado em diferentes reuniões e ainda sem

solução. No entanto, encontrou-se uma forma melhor de organizar esta demanda espontânea que é o atendimento dos dois médicos no mesmo turno e local, três vezes por semana, pois desta forma a população sabe os dias de atendimento, os usuários ficam pouco tempo esperando pelo atendimento e o médico consegue desenvolver uma consulta de qualidade. A equipe tem conhecimento da necessidade de trabalhar com a população sobre a necessidade de esclarecimento da necessidade e facilidade do atendimento de forma programada, além da garantia de boa qualidade no atendimento.

Na ESF a atenção à criança não escapa da realidade do restante do Brasil, mas de alguma maneira a equipe tem um controle bastante certo deste grupo etário, a maioria das ações se iniciam com as gestantes que já são identificadas nas áreas, da comunidade pelos agentes de saúde e são encaminhadas para a ESF onde são captadas de maneira precoce e imediatamente inseridas no grupo de gestantes, onde são acompanhadas até o parto e por isso a captação precoce dos recém-nascidos na ESF, assim como seu acompanhamento e atividade de controle como o teste do pezinho e outras.

Falando sobre os diferentes indicadores da população, considero importante argumentar que a qualidade da atenção a criança pode-se qualificar de aceitável, a maioria das crianças são atendidas na sua totalidade, são vistas suas necessidades e problemas tanto de saúde como sociais. Acho que a deficiência em nossa atenção fica por parte das mães que não trazem as crianças às consultas conforme orientação na última consulta, existindo assim atraso nas consultas agendadas e, portanto, não são cumpridas as consultas conforme o protocolo, devendo estas orientações ser intensificadas nos atendimentos e nas buscas ativas pelos ACS.

Não contamos com médico pediatra para o seguimento em consulta das crianças, mas são feitas as consultas e no caso em que aparecesse algum transtorno no desenvolvimento das consultas que não pode ser solucionado por nós, são encaminhadas para o pediatra em outra instituição. São bem desenvolvidas em nossa ESF as consultas que são feitas mensalmente, são indicados os exames segundo os protocolos do ministério da saúde e são feitos os acompanhamentos com médico, dentista, nutricionista e restante dos profissionais.

O município está aderido a vários projetos que incentiva as mães a fazerem o acompanhamento de seus filhos na própria UBS.

Segundo o caderno de ações programáticas a estimativa de crianças menores de um ano é de 22 e temos conhecimento de que a nossa realidade é muito próxima a estimativa, pois temos 21 (95%) crianças acompanhadas, 13 (62%) com consultas em dia de acordo ao protocolo, 8 (38%) com atraso da consulta agendada, 9 (43%) com triagem auditiva, 15 (71%) tem avaliação de saúde bucal e 21 (100%) crianças fizeram o teste do pezinho antes dos 7 dias de nascido, assim como a primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias de nascido, monitoramento do crescimento na última consulta, vacinas em dia, orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. Considero que esta atenção está bem organizada, com boa cobertura e indicadores de qualidade, incluindo os registros, mas estes podem ser aperfeiçoados.

A atenção pré-natal também é um indicador de muita importância. O principal objetivo da atenção pré-natal é acompanhar e assegurar o desenvolvimento da gestação garantindo o parto de um recém-nascido completamente são e saudável e da mesma maneira a saúde materna.

A equipe tem um controle adequado das gestantes, com a maioria das gestantes quando identificadas nas áreas e nas comunidades pelos agentes de saúde, são encaminhadas para a ESF onde são captadas de maneira precoce, iniciado acompanhamento e imediatamente inseridas no grupo de gestantes. Nestes grupos são feitas atividades de educação sobre amamentação, cuidados do recém-nascido, higiene e alimentação das gestantes, são orientadas sobre o teste de movimentos fetais e padrão contráctil entre outras coisas. O registro das gestantes é muito completo e organizado.

A qualidade da atenção pré-natal pode-se qualificar de adequada, as gestantes são atendidas na sua totalidade, são vistas suas necessidades e problemas tanto de saúde como sociais e acho que a deficiência em nossa atenção está no exame físico como tal, não é feito exame ginecológico das gestantes em consulta, as mulheres têm algumas questões culturais e há resistência a este tipo de exame fundamentalmente. As outras questões são bem desenvolvidas em nossa ESF, as consultas são feitas mensalmente, são indicados os exames segundo os protocolos, feitos os acompanhamentos com assistente social, nutricionista e restante dos profissionais.

Nosso município está aderido ao projeto cegonha que incentiva as gestantes a fazerem seu pré-natal na unidade de saúde e no final da gestação elas recebem

uma ajuda com um kit para os primeiros cuidados do bebê. Esta é uma maneira que auxilia a participação delas nos grupos e termos um controle e acompanhamento adequados na unidade de saúde, com o agendamento das consultas e grupos no mesmo momento. Desta forma, a equipe identificou que as gestantes não participam apenas pelo projeto, demonstram interesse pelos temas discutidos nas palestras e as atividades realizadas.

Segundo o Caderno de ações programáticas a estimativa de gestantes na área é de 18, mas temos na unidade um total de 13 gestantes (72%). Destas gestantes 13 tem o pré-natal iniciado no primeiro trimestre, consultas em dia de acordo com o calendário, vacina antitetânica em dia, vacina de hepatite B em dia, avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento materno exclusivo, 10 (77%) tem solicitação na primeira consulta de exames preconizados, 7 (54%) tem prescrição de sulfato ferroso e nenhum exame ginecológico por trimestre, motivo já discutido acima, pela resistência cultural existente na realização deste exame. Essa ação programática também está bem organizada e nosso maior desafio é mudar este tabu cultural e conseguir realizar o exame ginecológico como indicado.

Para o puerpério segundo dados do caderno de ações programáticas, temos 22 puérperas com 21(95%) acompanhadas pela equipe, com 10 (48%) com as mamas examinadas, 20 (95%) com o abdome examinado, e 21(100%) com as consultas realizadas antes dos 42 dias pós-parto, com orientações sobre os cuidados com recém-nascido, aleitamento materno e planejamento familiar.

O programa de prevenção de câncer de colo de útero e mama tem como principal objetivo o diagnóstico precoce destas doenças para tratar mais oportunamente, diminuindo as consequências destas patologias. A unidade Básica de saúde deve constituir a porta da entrada da mulher no sistema de saúde, deve ser o lugar adequado para seu acompanhamento de maneira integral e continuado.

Na minha ESF a equipe tem um controle adequado deste grupo etário, a maioria das ações se inicia com a promoção e educação das mulheres nos grupos criados nas comunidades, os agentes de saúde são responsáveis pelo agendamento e busca ativa das mulheres faltosas às consultas médicas e na realização das mamografias e as citologias vaginais, além de orientações sobre este tema e atualização dos dados e este processo ocorre de maneira organizada e com uma boa qualidade. Existe um adequado monitoramento e avaliação deste grupo prioritário.

A qualidade deste programa de controle do câncer de colo de útero pode-se dizer que é aceitável, pois segundo o caderno de ações programáticas a estimativa de mulheres entre 25 e 64 anos é de 497 e atualmente temos um total de 493 (99%) mulheres acompanhadas, 330 (67%) com exame cito patológico em dia, 163 (33%) com exame cito patológico com mais de 6 meses de atraso, 9 (2%) com exame cito patológico alterado, 321 (65%) com exames coletados com mostras satisfatórias exames coletados com células representativas da junção escamo colunar. Todas com avaliação de risco para câncer de colo de útero, com orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero, com orientação sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Em nossa unidade, temos um total de 50 mulheres que fazem o exame cito patológico com médicos particulares, e mesmo com a insistência por parte da equipe em realizar este controle na unidade, muitas vezes elas não levam estes exames para a equipe, existindo assim atraso nos exames preventivos. Devemos intensificar esta orientação de que podem manter o controle com seu médico e também na unidade. Todas as mulheres são orientadas nas consultas e visitas domiciliares e nos grupos de ação comunitária. Nas atividades coletivas são tratados diferentes temas sobre atenção a mulher incluindo o câncer, o risco pré concepcional e outros.

A maior parte das dificuldades deste programa de controle do câncer de colo de útero está identificada no cumprimento dos exames preventivos e acho que a causa principal é que as mulheres não têm total conhecimento dos benefícios deste exame e além disso, os padrões culturais que tem nesta população. Por isso que já foi discutido nas reuniões da equipe este tema e foi traçado um plano de atividades para este mês de outubro, comemorando também que é o mês das mulheres serão realizados 19 grupos de mulheres no mês em cada uma das comunidades e as palestras são sobre câncer de mama e colo de útero.

Acho que na educação está a base do desenvolvimento do conhecimento das mulheres sobre este tema e nós vamos conseguir atingir nossas metas.

Para o rastreamento de câncer de mama, a estimativa de mulheres entre 50 e 69 anos de idade na área é de 187 e atualmente temos um total de 187 (100%) de cobertura, 157 (84%) com mamografias em dia, 30 (16%) com mamografias com mais de 3 meses de atraso e todas com avaliação de risco para câncer de mama, com orientação para prevenção de câncer de mama. Esta ação está sendo cumprida quase na sua totalidade na ESF, e a equipe tem conhecimento de 4 mulheres que

estão com mamografia alteradas e delas as 4 estão sendo acompanhadas com o seguimento adequado.

O controle dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis também é muito importante, a estimativa do número de usuários com HAS (hipertensão arterial sistêmica) está próxima à realidade de nossa população, pois a estimativa é de 402 usuários e nós temos em nossa área um total de 386 (96 %) usuários com HAS, estando 239 (62%) com realização de estratificação de risco, com orientação sobre prática de atividades físicas, com orientação nutricional, com exames complementares em dia de acordo com o protocolo e 312 (81%) com avaliação da saúde bucal, temos 189(49%) usuários com atraso nas consultas agendadas nos últimos 7 dias .

De forma geral os indicadores de qualidade demonstram o atendimento inadequado desta ação programática, os usuários hipertensos deveriam ser avaliados mais de duas vezes por ano de acordo com o protocolo, mas existem algumas dificuldades nestes atendimentos. Os usuários são acompanhados por médico clínico, nutricionista, dentista e outros profissionais na medida de suas necessidades, também são orientados desde o ponto de vista nutricional e são incentivados a praticar exercícios físicos, mas ainda tem muitas coisas a ser melhoradas e é neste sentido que devemos desenvolver nosso trabalho.

A Diabetes Mellitus também é uma doença crônica que precisa de controle adequado na ESF, os usuários diabéticos precisam de um especial controle e cuidado devido as complicações que poderiam aparecer nestes usuários.

A estimativa do número de diabéticos na área não está adequada com a realidade da USF já que a estimativa é de 115 usuários e na área temos apenas 55 (48%) diabéticos, 28(51%) com estratificação de risco, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com exames complementares em dia, com orientação sobre prática de atividades físicas, 36(65%) com avaliação da saúde bucal, 16 (29%) com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medidas da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses.

Os indicadores sobre hipertensão e diabetes demonstrarem falta de qualidade na atenção e controle nesta ação, a equipe acredita que um dos problemas identificados é a falta de pesquisa de novos usuários hipertensos e diabéticos, assim como a deficiente qualidade nos atendimentos e registros, pois temos uma população prevalente a partir dos 20 anos e a pesquisa destas

patologias deve ser incrementada, pois fazemos o acompanhamento dos usuários diagnosticados, mas ainda não há ações direcionadas aos usuários com risco para estas patologias. A educação para usuários e familiares sobre os cuidados da doença, formas de prevenção, mudanças nos hábitos de vida e as possíveis complicações que podem aparecer, são importantes de serem trabalhadas pela equipe. Por isso, a equipe decidiu pela criação de um grupo de trabalho no mês de novembro envolvendo nutricionista, médico e outros profissionais para realizar pesquisa ativa destes usuários, assim como de outras doenças crônicas não transmissíveis e as palestras todas estão direcionadas a este tipo de doenças.

Os idosos são o grupo da população mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

O maior desafio na atenção a pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade de vida possível. Na minha ESF 25 % da população é idosa. É uma realidade que as pessoas idosas estão sempre com diferentes doenças crônicas e agudas e, portanto, estão sempre procurando atendimento médico e isso permite a constante avaliação deles, além do que também tem acesso aos outros profissionais na medida das necessidades deles, são orientados desde o ponto de vista nutricional, saúde bucal, condições higiênicas, e são incentivados a praticar exercícios físicos mesmo não tendo educador físico.

No município há diversas atividades para as pessoas idosas, entre elas tem criado um grupo de danças tradicionais que tem boa adesão por parte dos idosos, atividades que tem como principal objetivo incentivar e incorporar aos idosos a sociedade e garantir a melhoria da qualidade de vida.

De forma geral a atenção dos idosos no município pode-se qualificar de muita boa já que eles são tomados em conta para todas as atividades planejadas para eles.

A estimativa de pessoas idosas na área é de 246 usuários, condizente com a realidade área com 246 (100%) idosos acompanhados, 203 (83%) com avaliação

multidimensional rápida, 198 (80%) com investigação de indicadores de fragilização na velhice, 201 (82%) com Hipertensão Arterial, 24 (10%) com Diabetes Mellitus e todos com cadernetas de saúde da pessoa idosa, com acompanhamento em dia, com avaliação de risco para morbimortalidade, com orientação nutricional, orientação para prática de atividades físicas e avaliação de saúde bucal .

Acho que a atenção à saúde da pessoa idosa na atenção básica deve constituir um processo diagnóstico multidimensional. Este diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde vive o idoso, a relação do profissional de saúde com a pessoa idosa e com os familiares deste, a história clínica, aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais, além é claro do exame físico.

Um de nossos maiores desafios continua sendo conseguir a mudança do modelo tradicional da atenção à saúde, o modelo clínico, para potencializar a medicina preventiva, trabalhando com as questões culturais da população fundamentalmente. Outro de nossos desafios é fomentar o conhecimento da carta dos direitos do SUS tanto por parte da população como por parte da equipe já que esta carta constitui uma ferramenta para garantir atenção com qualidade e responsabilidade dos cidadãos.

O maior trabalho tem que ser iniciado com a capacitação da equipe multiprofissional desde o ponto de vista da atenção básica, já que, desafortunadamente ainda a equipe não tem uma visão preventiva da saúde, com necessidade de desenvolver ações voltadas à população neste sentido.

O preenchimento do caderno de ações programáticas foi muito educativo e enriquecedor, já que permitiu o conhecimento dos indicadores do município por parte de toda a equipe assim como o incentivo do uso dos protocolos de atenção básica que na sua maioria não estavam sendo usados. Estes indicadores foram discutidos com a equipe e já está sendo melhorada a conduta frente ao trabalho, fomentando o amor, a responsabilidade e comprometimento da equipe com a saúde da população.

Após estas discussões a equipe percebeu que a maioria das ações programáticas têm uma boa qualidade e diante da realidade de nossa população, o aumento da expectativa de vida e a necessidade de buscar, rastrear novos casos potenciais e diagnosticados de hipertensão e diabetes, optou-se por trabalhar com este foco, já que acreditamos haver uma sub notificação nos casos novos,

principalmente de diabetes e precisamos intensificar o trabalho com os jovens com fatores de risco, já que há um grande número de usuários com doenças crônicas em nossa unidade de saúde.

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

Em comparação desse relatório situacional com o texto inicial sobre a situação da ESF no meu serviço descrito na segunda semana do curso, pudemos observar que temos boas condições de trabalho, com boa organização e recursos que nos permitem exercer um trabalho de qualidade.

Esse conhecimento da realidade permitiu que a equipe continue realizando seu trabalho de forma integrada, utilizando as condições estruturais e profissionais a seu favor e que através da intervenção possamos ampliar a cobertura de atendimento, garantindo a qualidade necessária.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

Na atenção básica, a Saúde da família é organizada por meio do trabalho interdisciplinar em equipe, mediante a responsabilização dos membros da Equipe de Saúde da Família (ESF). Trabalhamos com foco nas famílias, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde de alguns grupos priorizados estão os pacientes hipertensos e diabéticos. Nos últimos anos, a presença de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial é observada com uma frequência cada vez maior sobretudo na sociedade industrial, na qual o estilo de vida, caracterizado por uma dieta extremamente rica em gorduras e açúcares e por um hábito generalizado de estilo sedentário, favorece estas doenças. Estas constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, representando dois dos principais fatores de risco das doenças coronárias, que podem levar a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário e sua família. São problemas de saúde comuns com consequências devastadoras, frequentemente permanecendo assintomáticas até uma fase tardia de sua evolução, por isso tem que ser diagnosticadas precocemente porque oferecem múltiplas chances de evitar complicações. (BRASIL, 2013b).

A ESF Mato Queimado está no Bairro Centro, localizada na zona urbana do município Mato Queimado, Rio Grande do Sul, com uma população de 1804 pessoas. Nossa equipe está composta por duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem, um odontólogo com sua auxiliar de consultório dentário, cinco agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar administrativa e uma clínica geral do programa Mais Médicos para o Brasil. Pode-se afirmar que a estrutura da unidade é boa e permite um fluxo adequado de usuários e acredito que contamos com todas as condições para um bom acompanhamento para os usuários hipertensos e diabéticos assim como de toda a comunidade.

Toda nossa população adstrita é atendida em conjunto por todos os membros da equipe, com consultas programadas, além das demandas espontâneas e as visitas domiciliares, mas ainda se faz necessário um acompanhamento mais integrado dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis assim como a realização da estratificação de risco de cada um destes. Do total da população

adstritana nossa área de abrangência (1804) 386 (21%) são hipertensos e 55 (3%) são diabéticos, a adesão destes usuários é feita pelos agentes comunitários de saúde durante o cadastro dos usuários, e passivamente mediante as consultas a demanda espontânea. Acredito que a qualidade de atenção à saúde desta população é aceitável com a parceria da equipe com o NASF, educador físico e a equipe da ESF, mas o seguimento deve ser realizado com maior qualidade, destacando os registros, o exame físico geral e completo e as pesquisas por novos casos, pois a equipe acredita haver uma subnotificação.

A UBS tem um adequado plano de atividades de promoção e prevenção planejadas e organizadas, são realizados grupos de intervenção comunitária com diferentes grupos de usuários. Nestes grupos se realizam palestras, atividades de artesanato, pesquisa ativa de hipertensão e diabetes mellitus entre outras atividades. Considero estas atividades muito integrativas já que me permitem interagir diretamente com a população no seu meio e de igual maneira eles conosco, mas nosso maior desafio é que haja maior adesão da população, com aumento do número de participantes e que as orientações sejam adotadas como estilo de vida, propiciando melhoria da qualidade de vida destes usuários.

A escolha do foco de intervenção foi uma decisão da reunião da equipe porque o número de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes em minha área é inferior à média nacional e a equipe acredita haver casos subnotificados, sem cadastro e acompanhamento, com necessidade de pesquisas de novos casos. Destacamos ainda que não existe um dia da semana específico para o atendimento aos usuários com doenças crônicas, existe atraso nos exames periódicos, não existe um controle sobre a incidência (casos novos) e prevalências (casos existentes) e não existe um cronograma de palestras na comunidade sobre estas doenças. Pretendemos com esta intervenção fazer o cadastramento completo da população e pesquisa ativa de hipertensos e diabéticos, programar um dia da semana para atendimento das doenças crônicas, com objetivo de ter um melhor acompanhamento, garantir que todo portador destas doenças tenha os exames periódicos atualizados, realizar um registro adequado para controle de incidência e prevalência da Hipertensão e Diabetes e realizar um cronograma de palestra sobre estas com incorporação de toda a equipe de saúde, além de desenvolver atividades de prevenção aos usuários com risco destas patologias para que o trabalho se desenvolva com melhor qualidade, sempre pensando no bem-estar dos usuários.

A viabilização da intervenção se dá pelo fato da equipe estar comprometida com o trabalho e haver uma estrutura e insumos adequados que permitam o desenvolvimento da ação, além da equipe acreditar que haverá uma boa adesão da população às ações propostas.

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 Mato Queimado, Mato Queimado/Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Ampliar a cobertura do programa de hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

Melhorar o registro das informações.

Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Hipertensos e Diabéticos.

Ampliar a cobertura de atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área da unidade de saúde para 100 %.

Meta 1.1 Cadastrar 100% 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 100% 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 aos Hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao Programa.

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 doenças cardiovasculares.

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 abrangência.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este foi estruturado para ser realizado em 16 semanas na ESF Mato Queimado, no Município de Mato Queimado, mas em virtude das férias da especializanda, foi realizado em 12 semanas. Participarão da intervenção todos os usuários maiores de 20 anos com hipertensão e diabetes mellitus da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº36 e 37. Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus (Brasília 2013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos hipertensos e diabéticos será feito nas atividades coletivas e nas visitas domiciliares de preferência. 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 2).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Metas:

1.1 - Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

1.2 - Cadastrar 100 % dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Eixo de Monitoramento e avaliação:

AÇÃO:

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

Monitorizar semanalmente na reunião da equipe o comportamento do cadastro por agentes comunitários com usuários com Hipertensão arterial e Diabetes.

Detalhamento das ações:

Fixar na UBS cartazes e material de orientação a respeito da importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades desenvolvidas no programa e orientar os mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e Diabetes e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial e diabetes, junto aos usuários na sala de espera da UBS. Realizar verificação de dados como PA e glicemia e garantir o acolhimento a todos os usuários que venham à unidade.

Realizar por parte de todos os profissionais da equipe a pesquisa ativa mediante a tomada da pressão arterial a toda a população maior dos 18 anos que procure atendimento na unidade e hemoglicoteste a todos os usuários que tem

fatores do risco para ter algumas destas doenças e no caso que apresentem valores acima dos normais encaminhar para avaliação do clínico geral.

Eixo de organização e gestão do serviço

AÇÃO:

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e DM.

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

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

Detalhamento das ações:

Programação de três atendimentos de hipertensos e um diabético por cada turno de atendimento para garantir a cobertura de atendimentos aos usuários que tem estas doenças, com o acolhimento realizado de forma qualificada para a demanda espontânea, assim como a garantia dos registros de forma completa.

Solicitar por parte da enfermagem o material adequado para realização da aferição da pressão arterial e hemoglicoteste na unidade de saúde.

Eixo de engajamento público:

AÇÃO:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento das ações:

Programar rodas de conversa mensalmente na comunidade com participação ativa de toda equipe da unidade para educação em saúde sobre o rastreamento da diabetes mellitus e hipertensão arterial, assim como informar os principais fatores do risco destas doenças.

4-Qualificação da prática clínica:

AÇÃO:

Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço.

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações:

O médico e a enfermeira da área deverão capacitar os ACS, a respeito do cadastramento e da busca ativa periódica dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe não cadastrados;

Nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste e avaliar periodicamente a técnica de verificação da P.A. pelos técnicos de enfermagem.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade de atenção a Hipertensos e Diabéticos.

Metas

2.1 Realizar exame clínico apropriado nos 100% dos Hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado nos 100% dos hipertensos e Diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento das ações:

Realizar e monitorar a realização de exame clínico em dia de acordo com o protocolo, durante as consultas individuais para todos os usuários hipertensos e diabéticos. Esta ação vai ser desenvolvida pelo médico clínico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações:

Garantir que o tempo de consulta seja suficiente para além da anamnese, possibilitar a realização do exame clínico adequado e completo, sendo realizados pelo médico e enfermeira.

Engajamento público.

Ações:

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

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

Detalhamento das ações:

Orientar no atendimento individual, nas rodas de conversa, salas de espera e atividades coletivas a necessidade da consulta médica e de enfermagem com o exame clínico completo, nesta ação está envolvida a equipe toda.

Qualificação da prática clínica.

Ação:

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

Detalhamento das ações:

Capacitar toda equipe para fazer exame clínico de forma completa de acordo com o protocolo, para obter uma assistência de qualidade, esta capacitação será feita por médica e enfermeira, no âmbito das reuniões de equipe semanalmente.

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

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

Monitoramento e avaliação.**Ações:**

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento das ações:

Monitorar por parte da enfermeira e médica a realização de exames complementares de acordo com o protocolo, para garantir a classificação de risco e atendimento de forma integral durante os atendimentos realizados.

Organização e gestão do serviço.**Ações:**

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações:

Garantir que a avaliação dos exames complementares feitos pelos usuários seja realizada pelo clínico geral e enfermagem onde se defina acordo com os resultados a prioridade do atendimento durante os atendimentos em grupo nas diferentes comunidades.

Engajamento público.

Ações:

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

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

Detalhamento das ações:

Orientar no atendimento individual, nas rodas de conversa e salas de espera a necessidade e periodicidade para realização dos exames complementares, para melhorar a adesão dos usuários, nesta ação estão todos os profissionais envolvidos.

Qualificação da prática clínica.

Ação:

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

Detalhamento das ações:

Capacitaremos pela enfermeira e médica durante as reuniões de equipe, toda equipe para fazer solicitação de exames complementares de forma correta, segundo protocolo para garantir o seguimento de forma adequada.

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento das ações:

Monitorar a prescrição de medicamentos da farmácia popular e para aqueles que utilizam outros medicamentos, verificar a possibilidade de troca de medicamentos. A responsável por esta função será a farmacêutica.

Organização e gestão do serviço.**Ações:**

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

As técnicas de enfermagem irão avaliar semanalmente a cobertura de medicamentos e o estoque na farmácia na unidade que dê a cobertura aos usuários cadastrados com Hipertensão e Diabetes da unidade, atualizando a equipe na prescrição destes medicamentos.

Eixo do engajamento público.**Ação:**

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

Detalhamento das ações

Serão levados os medicamentos nos grupos nas diferentes comunidades, para assim ficarem mais acessível para os usuários e esta função fica como responsabilidade da farmacêutica.

Qualificação da prática clínica.**Ações:**

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento das ações:

A farmacêutica capacitará a toda equipe para orientar os usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular durante as reuniões de equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar os hipertensos e os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

A Dentista vai monitorar a realização da necessidade de atendimento odontológico mediante a revisão das fichas de acompanhamento dos usuários com Hipertensão e Diabetes e durante os atendimentos na unidade.

Organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos, organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

Garantir a avaliação dos usuários com a Hipertensão e Diabetes sobre atendimento odontológico, realizado pela equipe após capacitação, realizando os encaminhamentos para atendimento quando necessário, esta ação será desenvolvida pela dentista da equipe.

Engajamento público.

Ação:

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

Orientar no atendimento individual, nas rodas de conversa, salas de espera por parte de todos os profissionais sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

Realizar capacitação a todos os membros da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico de Hipertensos e Diabéticos e encaminhamento quando necessário, sendo realizado pela odontóloga e auxiliar.

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

Meta

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

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

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Através da revisão das fichas e prontuários clínicos semanalmente fazer a avaliação dos casos faltosos às consultas, sendo encaminhados para as buscas ativas realizadas pelos ACS. Nas reuniões de equipe, discutir total de consultas de hipertensos e diabéticos realizadas na unidade semanalmente, com avaliação do número de faltas, para se necessário adequar a estratégia para ter melhor adesão.

EIXO: Organização e gestão do serviço

AÇÃO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Realizar orientação aos ACS para realizar visitas domiciliares em busca de faltosos e organizar a agenda para garantir a disponibilidade de agendamento de consultas de faltosos.

Programar agenda para os atendimentos por turno, tanto dos usuários hipertensos e diabéticos como para os faltosos. Uma vez os usuários atendidos, programar o retorno e registrar no controle dos atendimentos segundo o planejamento dos atendimentos de acordo com protocolo e da avaliação do risco cardiovascular.

EIXO: Engajamento público

AÇÃO:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Realizar reuniões nas comunidades para orientar importância dos controles na unidade de saúde, envolver toda a comunidade em estratégias que permitam a adesão dos hipertensos e diabéticos aos controles na unidade básica de saúde e realizar a identificação na comunidade de promotores de saúde que ajudem no controle dos hipertensos e diabéticos faltosos, melhorando a adesão.

Orientar no atendimento individual, nas rodas de conversa, salas de espera na unidade e na comunidade sobre a importância de vir às consultas e sua periodicidade para o acompanhamento de forma adequada.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Capacitar os ACS sobre os protocolos de atendimentos no programa HIPERDIA, sendo realizado na primeira semana de intervenção, para que nas visitas domiciliares e nos atendimentos na unidade, possam informar aos usuários sobre a importância das consultas e a periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

A enfermeira revisará semanalmente os registros nos prontuários de hipertensos e diabéticos para avaliar sua qualidade, para obter um melhor controle e diariamente se realizará o controle por parte do clínico geral e enfermagem das fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos que tiveram atendimentos médicos neste dia.

Melhorar esquema de registro de forma completa

Discutir nas reuniões da equipe a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos.

EIXO: Organização e gestão do serviço:

AÇÃO:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar as fichas de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos.

Pactuar com a equipe o registro de informações dos hipertensos e diabéticos.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos hipertensos e diabéticos.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Em cada consulta de acompanhamento a médica e enfermeira atualizarão os dados dos usuários nos prontuários.

Serão preenchidas as fichas de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos pelo clínico geral de uma forma que viabilize as situações de alerta de cada usuário quando necessário. Este preenchimento será durante o atendimento individual dos usuários com Hipertensão e diabetes.

A enfermeira e a médica da UBS são os responsáveis pelo monitoramento do registro e enfermagem será a responsável de manter atualizadas as informações do SIAB.

EIXO: Engajamento público

AÇÃO:

Orientar os usuários em todos os espaços como salas de espera, palestras e atendimento médico individual 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:

Esclarecer durante os atendimentos na unidade ou no domicílio, individual ou coletivo, sobre a possibilidade de acesso as informações de seu prontuário, caso seja necessário.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Capacitar a toda equipe no preenchimento de todos os registros necessários e adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para facilitar o acompanhamento e levantamento de dados quando necessário.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e Diabéticos de risco para doenças cardiovascular

Meta

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:

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

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Revisar trimestralmente os prontuários individuais para monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de estratificação de risco, para garantir a estratificação e se for necessário agendar nova consulta para esta ação.

EIXO: Organização e gestão do serviço

AÇÃO

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Agendamento de consultas com priorização segundo os riscos apresentados, sendo a prioridade de dois turnos para aqueles usuários como Hipertensão e Diabetes classificados como alto risco de doenças cardiovascular, tendo agenda adequada para acolher esta demanda, assim como profissionais capacitados para realizar este agendamento.

EIXO: Engajamento público

AÇÃO:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Realização de palestras na unidade e comunidade sobre os fatores de riscos, a necessidade de acompanhamento regular e outros temas relacionados com estas doenças, como o adequado controle de fatores de risco modificáveis, como a dieta equilibrada.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Capacita a equipe nas reuniões de equipe semanais sobre controle de fatores de risco modificáveis, a estratificação de risco e registro desta avaliação, avaliação dos pés, bem como de estratégias para o controle de fatores do risco modificáveis visando o controle das patologias e prevenção de lesões em órgãos alvos.

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

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar a realização de orientações sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Revisão das fichas para o levantamento do número de usuários com orientação sobre higiene bucal e debater nas reuniões de equipe aquelas atividades de orientação sobre higiene bucal desenvolvidas na semana.

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

O clínico geral e enfermagem serão os responsáveis pelo monitoramento e avaliação das ações de promoção e prevenção de saúde feitas neste grupo em

relação à alimentação saudável, prática regular de atividade física e riscos do tabagismo, com os registros das orientações realizadas e quais os usuários foram orientados.

Mensalmente na reunião da equipe se confeccionará o relatório do comportamento das ações planejadas neste grupo em relação à alimentação saudável, a prática regular de atividade física e as ações em relação aos riscos do tabagismo neste grupo, para uma avaliação dos resultados obtidos e se necessário traçar novas estratégias.

EIXO: Organização e gestão do serviço

AÇÃO:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

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

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Criar planilha ou formulário para o registro das atividades de orientação da saúde bucal realizadas na unidade e envolver toda a equipe da UBS nestas ações.

O dentista deve orientar e capacitar todos os membros da equipe para a orientação da saúde bucal.

Avaliar a necessidade de materiais odontológicos que permitam a realização de ações de promoção de saúde, para a gestão e solicitação, garantindo a realização dessas atividades com qualidade.

Coordenaremos com nutricionista do município de fazer uma exposição dialogada a cada dois meses sobre alimentação saudável no grupo de hipertensão e

diabetes criado na unidade, para auxiliar os usuários na mudança de hábitos alimentares inadequados.

Coordenar com psicóloga do município para que em parceria com clínico geral da unidade possa realizar uma palestra a cada dois meses sobre os riscos do tabagismo com o grupo de hipertensão e diabetes, enfocando a importância do apoio psicológico nesta ação.

EIXO: Engajamento público

AÇÃO:

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

Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

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

Realizar na UBS encontros com hipertensos, diabéticos e familiares sobre hábitos alimentares para uma adequada saúde e prática de atividade física regular.

Realizar caminhadas três vezes por semana com o grupo de Hipertensão e Diabetes para promover a prática regular de atividade física, para que a equipe possa acompanhar os usuários no desenvolvimento desta ação.

Realizar palestras cada dois meses com o grupo de Hipertensão e diabetes e durante os atendimentos e salas de espera para informar sobre os riscos do tabagismo e a existência do tratamento em usuários com hipertensão arterial e diabetes para ajudar a abandonar o tabagismo.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

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

Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

O dentista da unidade deverá capacitar os ACS, sobre importância de oferecer orientações de higiene bucal.

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

Coordenar com nutricionista do município uma capacitação na reunião de equipe a toda equipe sobre práticas de alimentação saudável, para que estas orientações possam ser repassadas nas consultas individuais e nas atividades coletivas e visitas domiciliares.

Capacitar a toda equipe na metodologia sobre Educação em saúde.

Realizar uma parceria com Educador físico para a capacitação de toda equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologia para Educação em saúde.

O clínico geral realizará uma capacitação a toda equipe sobre as principais ações da promoção e tratamento para abandonar o tabagismo.

2.3.2 Indicadores

Metas relativa ao Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 1.1. Cadastrar 100% 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 100% 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.

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

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos. Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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.

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

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

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

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

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

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.

Metas relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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.

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

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

Indicador 5.1. Proporções 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.

Metas relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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 de atenção aos hipertensos e diabéticos vamos adotar o Manual Técnico de Atenção aos hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde 2013 (Brasil, 2013b), assim como planilha de coleta de dados e ficha espelho disponibilizadas pelo curso, planilhas que serão preenchidas por todos os profissionais que tiverem acesso aos usuários nos diferentes momentos de atuação assim como enfermeiras, nutricionista, dentista, farmacêutica, médica e outros. Para poder coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção, a equipe vai utilizar os prontuários clínicos, registros do Hiperdia, registro de atendimento individual e este processo vai ser monitorado semanalmente pela médica. Esta fará contato com o gestor municipal por meio de reunião agendada para obter o material necessário à capacitação da equipe, com disponibilização dos protocolos e das fichas complementares que serão anexadas á ficha espelho, assim como os demais materiais como folhas, canetas, computador, áudio para o desenvolvimento das palestras. Para o acompanhamento mensal da intervenção será preenchida a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, sendo realizada pela médica

Para realizar o aumento da cobertura para 100% dos hipertensos e diabéticos utilizaremos como modelo o protocolo do ministério de saúde e as atividades serão executadas pelos profissionais da equipe nas consultas médicas, visitas domiciliares e nas atividades de grupo com objetivo de aumentar a cobertura, como o adequado cadastramento destes usuários e capacitação dos profissionais nas reuniões de equipe semanalmente, para garantir o desenvolvimento das ações com qualidade. A equipe espera realizar o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, garantir a todos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico, realizar a busca ativa de todos faltosos às consultas conforme a periodicidade

recomendada, assim com manter ficha de acompanhamento atualizada, realizar estratificação de risco cardiovascular, garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas, garantir orientação sobre os riscos do tabagismo e garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

A intervenção será iniciada com a capacitação sobre o manual técnico de atenção aos hipertensos e diabéticos, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF e para isto serão utilizadas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e explicará o conteúdo aos outros membros, sendo possível a discussão e esclarecimento das dúvidas.

A recepção dos usuários será feita por qualquer membro da equipe na unidade e este deverá encaminhar o usuário para o acolhimento. Assim que passarem pela triagem de enfermagem, os que apresentem algum problema agudo serão atendidos na mesma hora e os com problemas não agudos serão agendados para outro dia da semana, havendo organização da agenda para atender esta demanda. Serão reservadas quatro consultas por semana para os hipertensos e diabéticos que cheguem de forma espontânea em consultas para realizar o acompanhamento por nossa equipe.

A comunidade também tem um papel importante em nossa intervenção, e para ter auxílio na adesão das ações desenvolvidas, faremos contato com a associação de moradores e representantes da comunidade, colégios e demais instituições parceiras da nossa área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância dos controles das pessoas cadastradas no programa HIPERDIA, assim como a importância do acompanhamento regular. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de divulgar à população a importância de vir às

consultas agendadas e necessidade de priorização dos atendimentos deste grupo populacional, através dos agentes comunitários de saúde e alguns dos representantes das comunidades, esclarecendo que estas ações não irão afetar o atendimento aos demais usuários na unidade.

Semanalmente o enfermeiro examinará as fichas espelhos dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles com atraso nas consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacina, para agendarem uma consulta para atualização e se necessário realizar busca ativa. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica para acompanhamento e avaliação das ações realizadas para que se necessário, sejam feitas adequações. Desta forma a equipe espera com a intervenção aumentar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos e a qualidade da atenção prestada, com apoio dos profissionais da equipe, comunidade e gestão.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Acredito que o projeto de intervenção aos hipertensos e diabéticos foi realizado de forma correta, pois conseguimos capacitar todos os profissionais de saúde sobre os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, capacitamos os agentes comunitários de saúde para a realização da busca ativa de usuários faltosos às consultas, fizemos contato com os líderes da comunidade, através do qual, conseguimos o apoio deles para cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos, conseguimos garantir o material adequado para a aferição da pressão arterial e hemoglicoteste na unidade de saúde e nas atividades de grupo, assim como a pesagem e medição de estatura para a determinação do IMC. Realizamos ainda a orientação na comunidade sobre a importância do rastreamento destas patologias a partir dos dezoito anos pelo menos uma vez por ano e sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com monitoramento destes em atividades de grupo realizadas todas as semanas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Tivemos umas dificuldades com nosso trabalho devido alguns casos de dengue em nosso município, em meados de abril deste ano e a situação perdurou aproximadamente um mês, com o trabalho focado neste momento para eliminar os possíveis focos de dengue, pesquisa e atendimento médico, mas tudo retornou a normalidade e a equipe continuou com nossa rotina de trabalho dando continuidade à nossa intervenção sem dificuldades, sendo inseridas na rotina algumas atividades

focadas na prevenção da dengue no município. Tivemos ainda dificuldade de adesão da população do interior, fundamentalmente os homens, por não ter a completa participação nas atividades de grupo por trabalharem na agricultura, a maioria e não tem tempo para participar nos grupos, mas a equipe criou as estratégias para de certa forma pelo menos uma vez a cada 3 meses juntar o grupo dos homens em horários diferenciados.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldades na coleta e na sistematização de dados nas planilhas, atendemos clinicamente os usuários e preenchemos sem dificuldades.

As fichas foram preenchidas pela médica clínico geral, com os dados das fichas espelho preenchidas pelo agente de saúde. Não houve dificuldades na avaliação dos indicadores, pois estes eram discutidos semanalmente nas reuniões de equipe.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nós conseguimos incorporar na rotina do serviço a participação de todos os hipertensos e diabéticos, a participação dos grupos criados pela equipe de saúde nas terças e quintas feiras, também a realização de exames de controle seja uma vez por ano e a visitas domiciliares a hipertensos e diabéticos nas terças e quintas feiras, assim como o acolhimento, organização da agenda, registro de forma adequada e completa e isso possibilitou o acompanhamento com qualidade dos usuários.

Após a intervenção temos a possibilidade de incorporar à rotina do nosso serviço as visitas domiciliares, manter as atividades de grupos todas as semanas como está sendo feito até agora no município e o seguimento adequado destes usuários de risco de acordo com a estratificação feita no projeto, para assim ter conhecimento da situação de saúde da população a poder ampliar a todos da área e até para outros grupos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Após de a realização da intervenção em nossa comunidade para a qualificação da atenção aos usuários hipertensos e dos diabéticos de acordo com as ações planejadas no cronograma tivemos os seguintes resultados:

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

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

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

A Unidade Básica ESF Mato Queimado atende uma população de 1804 usuários.

Anteriormente à intervenção a equipe possuía informações em relação ao quantitativo de usuários de sua área adstrita portadores de hipertensão e diabetes só que estas informações não estavam corretas, estavam desatualizadas, dessa forma adotamos os valores estimados do CAP para nos apoiar no projeto. De acordo com o CAP, estima-se que em nossa área tenha um total de 402 portadores de hipertensão e segundo os registros de informação tínhamos um total de 386 hipertensos (96%), e a estimativa de usuários portadores de diabetes na população era 115 maiores de 20 anos, mas na realidade tinham 55(48%). Após a intervenção

tivemos os dados desta população, com 426 hipertensos e 65 diabéticos, dados acima da estimativa do CAP para hipertensão e abaixo para diabetes, demonstrando as particularidades de cada município e área adstrita, e que nos permitiu o conhecimento da população da área adstrita, pois todos os usuários foram cadastrados.

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados e acompanhados um total de 107 usuários hipertensos que representou 25,1%, no segundo mês 229 (53,8%) e ao terceiro mês tivemos um total de 426 (100%). No caso de portadores de diabetes mellitus cadastramos 27 no início que representou 41,5%, no segundo mês não foi cadastrado nenhum, pois foi justamente nos dias que estavam programadas as consultas dos diabéticos as atividades foram afetadas por causa dos casos de dengue que apareceram no município e não foi possível desenvolver as atividades previstas no projeto, por isso no terceiro mês foram cadastrados 65, o que nos levou a fechar a intervenção com uma cobertura de 100%.

Dessa forma alcançamos a meta de cobertura esperada. Os fatores que contribuíram para o alcance da meta foram o envolvimento da equipe na intervenção, a busca ativa dos faltosos pelos ACS, o acolhimento adequado com direcionamento dos usuários para agendamento de consultas, a divulgação do projeto através da rádio do município, a aferição da pressão arterial aos maiores de 20 anos que compareciam a unidade para buscar atendimento, a realização das atividades de grupo e exames complementares e a realização de hemoglicoteste a todos com fatores do risco para a Diabetes Mellitus.

Essas ações somente foram possíveis após a reorganização dos processos de trabalho e comprometimento dos envolvidos, possibilitando assim a melhoria da atenção prestada na unidade.

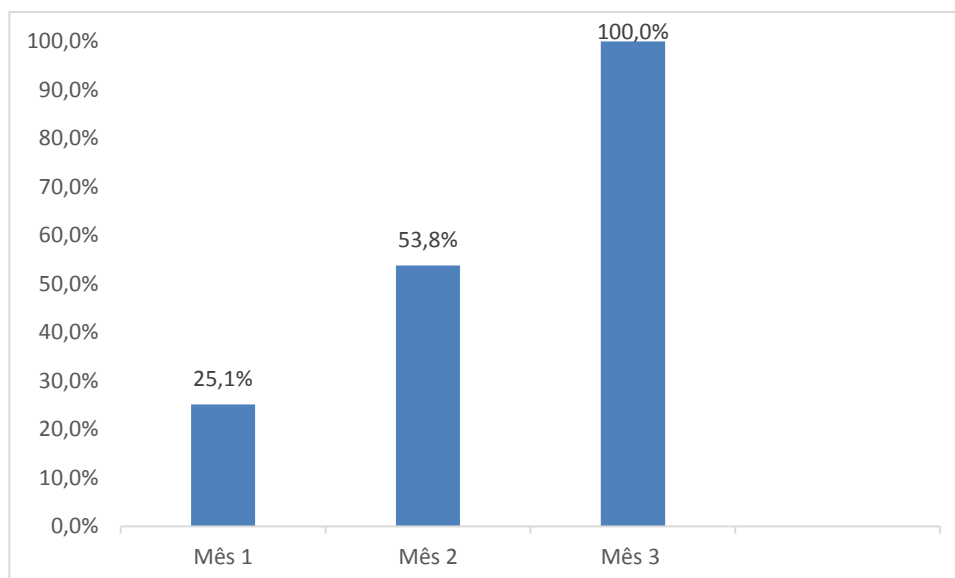


Figura 2: Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Mato Queimado/RS,2015.

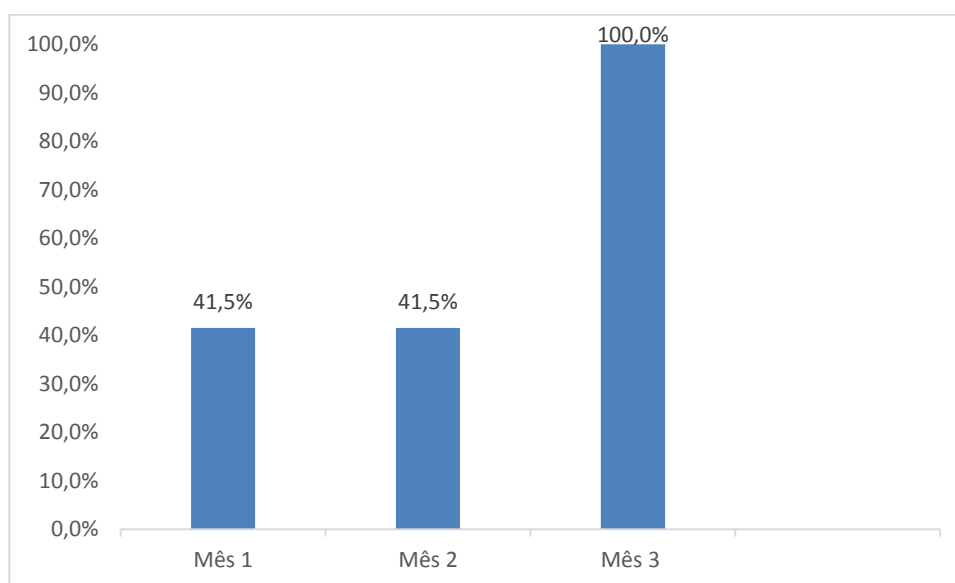


Figura 3: Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Mato Queimado/RS,2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

Durante o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos observamos que anteriormente à intervenção, estes usuários procuravam a unidade

apenas para renovação da receita de medicamento e não consideravam importante fazer um exame clínico adequado, assim como a equipe também não realizava esse exame de forma completa, tornando a assistência deficiente. Durante a intervenção foi realizado o exame clínico adequado em cada atendimento individual a todos os usuários cadastrados, uma vez que essa avaliação nos permitia conhecer cada usuário e oferecer uma avaliação integral para evitar e tratar oportunamente as complicações. No primeiro mês foram examinados 107 (100%), no segundo 229 (100%) e ao terceiro 425 (99,8%) dos Hipertensos cadastrados no programa, não foi possível atingir o 100% neste último mês porque um usuário foi agendado em mais de uma oportunidade, mas o usuário é caminheiro e não estava na área por um tempo. Em relação aos diabéticos no primeiro mês 27(100%) no segundo mês não foi examinado nenhum porque não tive cadastramento de diabéticos neste mês, pois foi justamente nos dias que estavam programadas as consultas dos diabéticos que as atividades foram afetadas por causa dos casos de dengue que apareceram no município e não foi possível desenvolver as atividades previstas no projeto, por isso ao terceiro mês foram examinados 65 (100%) dos diabéticos cadastrados.

Durante todo o desenvolvimento do programa para atender a todos os usuários cadastrados foram realizados o exame clínico, sendo muito importante a participação ativa nos membros da equipe. A enfermeira e técnica de enfermagem participaram na aferição da pressão arterial, a realização de hemoglicoteste a todos os diabéticos antes do atendimento médico, que também enfatizou a importância do exame clínico, além da reorganização da agenda com prioridade de atendimento aos de alto usuários de risco e demanda espontânea. Desta forma, o clínico geral tivera tempo hábil para cada atendimento sem afetar o desenvolvimento dos demais programas na unidade, pois a organização possibilitou essa melhoria da qualidade do mesmo.

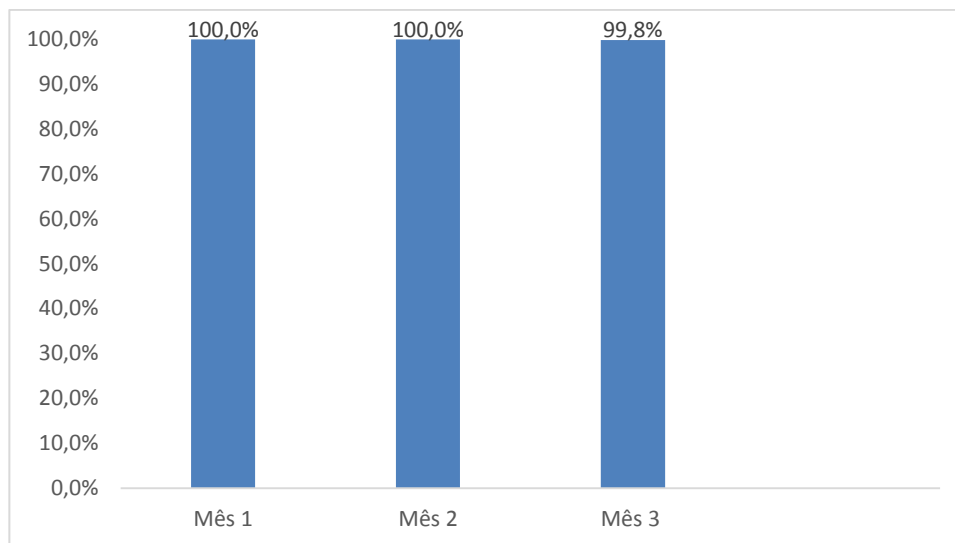


Figura 4. Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Mato Queimado/RS, 2015.

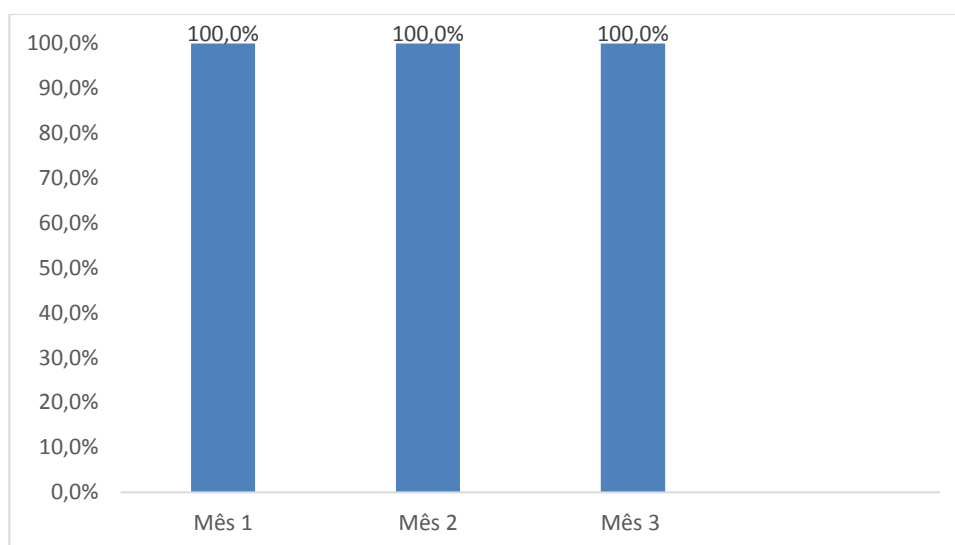


Figura 5: Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Mato Queimado/RS, 2015.

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.

Uns dos parâmetros fundamentais no atendimento aos usuários com doenças crônicas como hipertensão e/ou o diabetes é alcançar uma avaliação

integral além do exame clínico, com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, que visa fazer uma adequada avaliação do risco e/ou diagnóstico precoce das complicações e seu tratamento oportuno. Ao longo da intervenção foram avaliados durante o atendimento individual todos os usuários cadastrados com exames complementares em dia, tendo em conta que o município tem uma população pequena, sendo, portanto, mais fácil para trabalhar estas ações por não haver um excesso de demanda que pode impactar na realização destes exames. No primeiro mês no caso dos hipertensos foram acompanhados 107 usuários e destes 105 estavam com exames em dia (98,1%), pois dois deles referiram que tenham feito os exames, mas não tenham os resultados ainda, portanto foram reagendados para avaliação dos exames no próximo mês, no segundo 229 com todos com exames em dia (100%) e ao terceiro 425 (99,8%), neste caso é o mesmo paciente que não foi possível aderir nas atividades porque encontrava-se fora da área. Em relação aos diabéticos foram 26 no primeiro mês (96,3%), sendo que no segundo mês 27(100%) e ao terceiro 65 (100%).

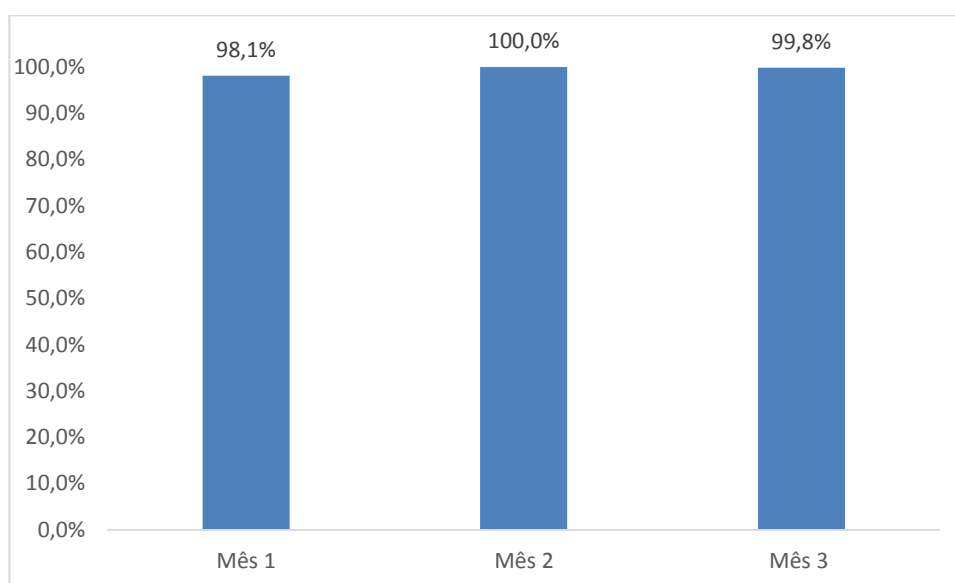


Figura 6. Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Mato Queimado/RS,2015.

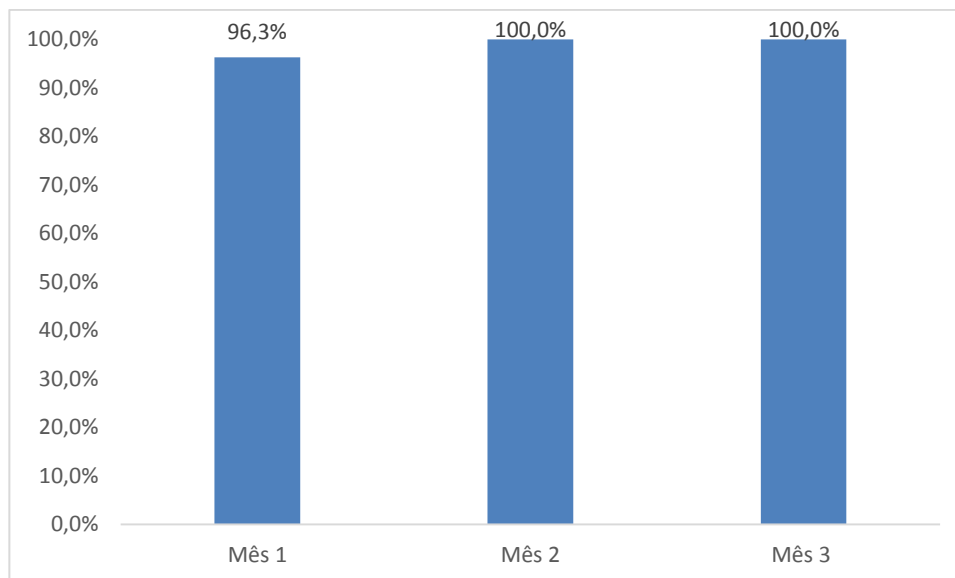


Figura 7. Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Mato Queimado/RS,2015.

Tornou-se rotina na unidade que o usuário ao chega para consulta tinha avaliado os que tinham exame em dia e aqueles que não tinham eram solicitados, com agendamento de retorno para que pudéssemos fazer novamente avaliação de acordo com os novos resultados dos exames. Em alguns casos tivemos usuários que após os resultados dos exames mudaram sua classificação de risco, já que alguns dos resultados dos exames foram alterados, em muitos casos com outras doenças associadas como dislipidemia mista, hipertireoidismo, cardiomiopatias, dentre outras, com necessidade de encaminhamento à atenção especializada. Para a realização destes exames o usuário aguardava apenas uma semana, já que foram garantidos para todos os usuários a sua realização em cada um dos laboratórios do SUS. No caso dos eletrocardiogramas, foram agendados e realizados na unidade, visando que o usuário tivera acessibilidade a todos os exames sem dificuldade. Isso foi muito positivo e destacamos o apoio da gestão em garantir estes atendimentos, tornando possível o acompanhamento adequado dos usuários.

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.

A prioridade no tratamento farmacológico é uns dos pilares fundamentais no acompanhamento desses usuários, ele é indicado quando ainda não há tratamento farmacológico ou este não está tendo o resultado esperado como a redução da pressão arterial para níveis inferiores a 140/90 mmHg e/ou redução da glicemia de jejum para níveis inferiores a 100 mg/dl. Durante o acompanhamento dos usuários na intervenção, muitos relataram que tinham indicação médica tanto para tratamento medicamentoso como de mudança no estilo da vida, mas apesar disso, havia alguns que deixavam de tomar os medicamentos ou não tomavam a dosagem indicada pelo médico.

Durante a intervenção tivemos uma quantidade de usuários que tinham indicação de medicamentos além da prescrição da farmácia popular, com outros medicamentos pelas complicações de sua doença e muitos deles no atendimento individual falaram que não tinham dificuldade para adquirir esses medicamentos. Em outros casos foram avaliados a possibilidade de usar os medicamentos disponíveis na farmácia popular. Ao longo da intervenção foram avaliados durante o atendimento individual todos os usuários cadastrados com a prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. No primeiro mês foram avaliados 107 (100%), no segundo 221(96,5%), neste mês se achou só um 4,5% dos usuários que não estavam usando medicamentos da farmácia popular da ESF já que estes tenham acompanhamento continuo com médicos especialistas por ser portadores na maioria de outras doenças concomitantes. Ao terceiro 410 (96,5%) dos Hipertensos cadastrados no programa, nestes casos com a mesma situação um 4,5% dos usuários não estavam fazendo uso de medicamentos da farmácia popular. Em relação aos diabéticos no primeiro mês 27 (100%) no segundo mês 27 (100%) e ao terceiro 64(98,5%), somente um paciente diabético não está fazendo uso destes medicamentos porque tem uma Diabetes com complicações e tratamentos específicos para isso, por tanto não usa medicamentos da farmácia popular.

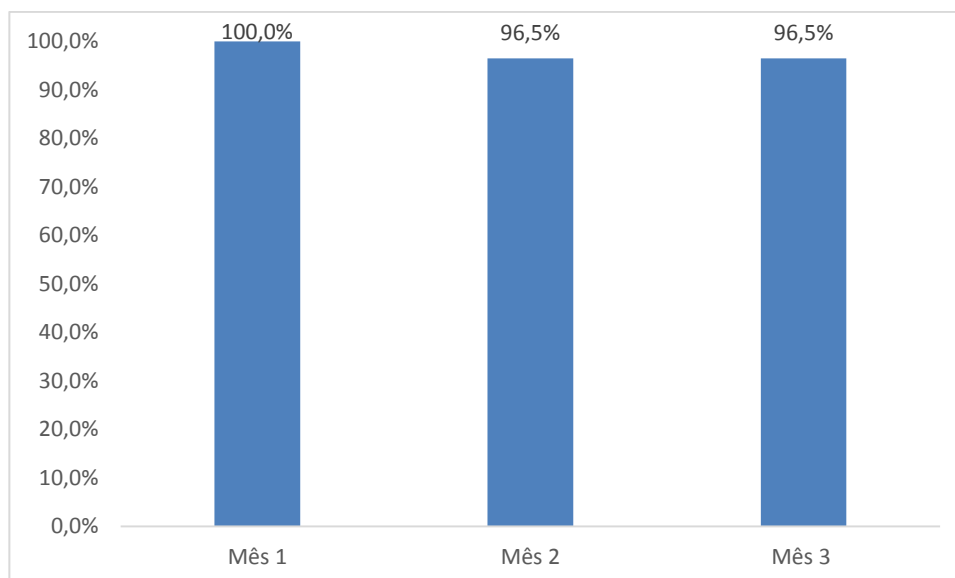


Figura 8. Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Mato Queimado/RS,2015.

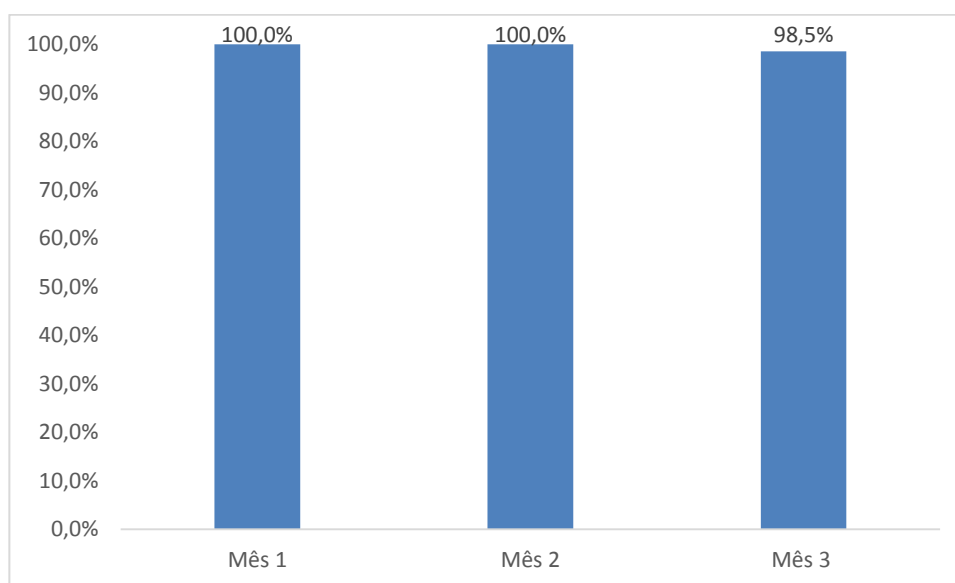


Figura 9 Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Mato Queimado/RS, 2015.

Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tinham garantido o tratamento medicamentoso com a prescrição da farmácia popular, em ocasiões em que havia falta de algum medicamento na farmácia os usuários eram direcionados a outra farmácia que tinha disponível e em outros casos foi avaliada a quantidade de medicamentos e as doses. O que contribuiu para esse cuidado foi o apoio de assistência farmacêutica em garantir os medicamentos fornecidos para estes

usuários considerando as consequências que tem para eles não fazer o tratamento oportuno para evitar o descontrole e as complicações.

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.

A atenção Básica de saúde como porta de entrada para ao atendimento ao indivíduo na comunidade é responsável pela atenção integral de saúde e no caso de nosso projeto foi de muita importância durante a intervenção incluir avaliação da necessidade de atendimento odontológico para a conservação da saúde bucal mediante o diagnóstico oportuno de doenças bucais e seu tratamento para evitar complicações. Atualmente a prevalência de hipertensos e diabéticos aumenta no Brasil, principalmente para os usuários para cima de 60 anos, idade que são muito frequentes o uso de prótese dentárias e outras doenças bucais em indivíduos com estas doenças que em muitas ocasiões precisam de um tratamento cirúrgico que pode trazer complicações com o uso de anestesia, portanto a saúde bucal deve ser inserida, para realmente garantir a integralidade da assistência prestada.

Ao longo da implementação no primeiro mês foram avaliados 107 usuários (100%), no segundo 229 (100%) e ao terceiro 425 (100%) dos hipertensos e no para os diabéticos, tivemos no primeiro mês 27 (100%), no segundo 27(100%) e ao terceiro 65(100%), que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada avaliação, garantindo o atendimento a todos os usuários, com o alcance da meta.

Este resultado foi possível pela participação de todos os membros da equipe que fizeram avaliação mediante o atendimento individual, que após receber uma capacitação da dentista e auxiliar de dentista de nossa unidade, puderam auxiliar na triagem e caso fossem detectadas algumas alterações foram agendados para atendimento odontológico, sendo este possível após a reorganização que foi feita nos agendamentos dos atendimentos odontológicos.

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.

Melhorar a adesão dos Hipertensos e /ou Diabéticos ao programa foi uma das principais ações realizadas pela equipe mediante a busca ativa dos faltosos. Durante todo o projeto foi realizado a busca dos faltosos por todos os membros da equipe. No primeiro mês tivemos nos casos dos hipertensos 29 usuários faltosos com buscas ativas realizadas para todos (100%), sendo no segundo e terceiro mês, não houveram faltas, não sendo necessárias essas buscas. Em relação aos diabéticos foram 12 buscas (100%) no primeiro mês, e no segundo e terceiro mês não tivemos nenhum usuário faltoso.

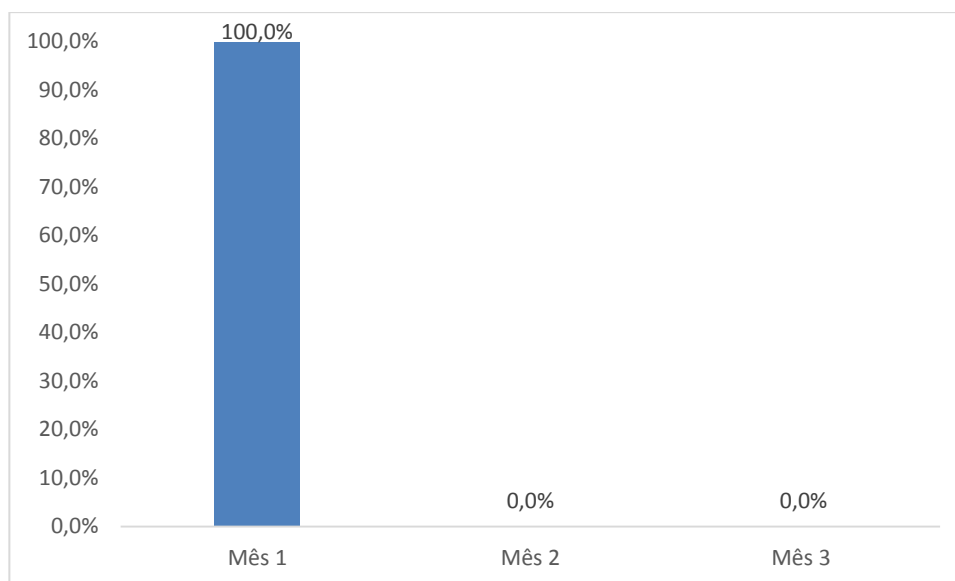


Figura 10. Gráfico Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na ESF Mato Queimado/RS, 2015.

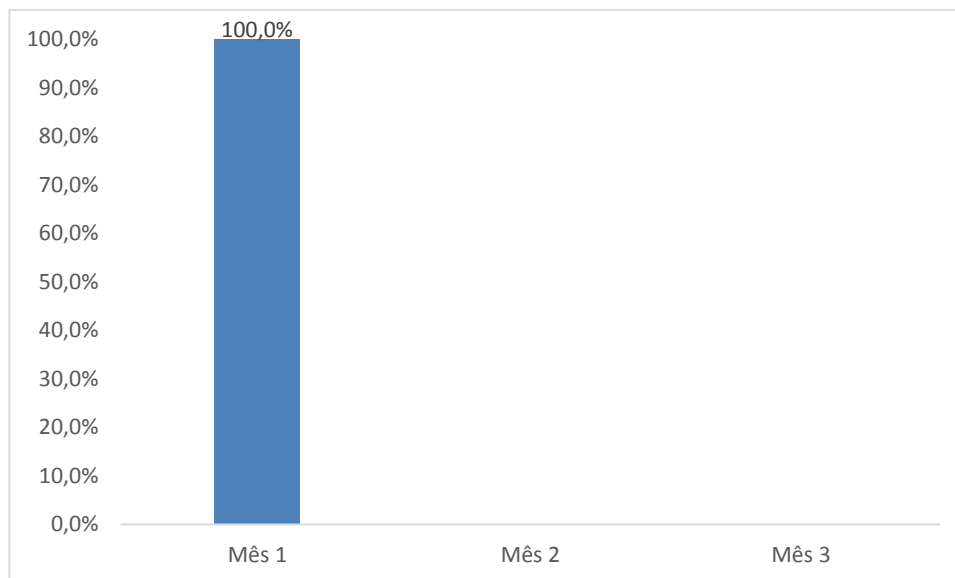


Figura 11. Gráfico Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa na ESF Mato Queimado/RS, 2015.

Este resultado foi pelo trabalho ativo dos membros da equipe durante as visitas domiciliares, na busca dos faltosos sendo que no primeiro diante das faltas, a equipe fez uma avaliação do comportamento dos usuários faltosos que foram entregues a cada agente comunitário por micro áreas e foram reagendadas as consultas imediatamente.

Durante a realização do atendimento individual, sala de espera e rodas de conversas informavam-se da frequência necessárias para avaliação destas doenças para um melhor controle, acompanhamento, tratamento oportuno e diagnóstico precoce das complicações. Os agentes comunitários receberam uma capacitação sobre a periodicidade das consultas aos usuários com hipertensão/ou diabetes de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde do Brasil e por isso estavam qualificados para as orientações à população.

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.

Com o objetivo de ter um monitoramento adequado, avaliação e melhor controle do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos durante todo o projeto foi realizado o preenchimento da ficha espelho a 100 % dos usuários cadastrados com as informações que foram fornecidas durante o interrogatório e exame físico. Em relação aos hipertensos no primeiro mês foram 107 usuários (100%), 229 (100%) no segundo mês e no terceiro mês 426 (100%). Para os diabéticos tivemos 27 usuários (100%) no primeiro, 27(100%) no segundo e ao terceiro 65 (100%). Estas metas foram alcançadas para todos os hipertensos e diabéticos, como todos os registros de forma adequada.

Estas informações têm muita importância já que além de melhor conhecimento por parte do médico, ajuda a conhecer melhor os usuários e ter um controle adequado destes, com acompanhamento da evolução da patologia, assim como a atualização da classificação do risco de acordo com seu estado de saúde atual. Diariamente após de terminar as consultas a enfermagem em conjunto com clínico geral faziam um monitoramento das fichas espelhos e prontuário daqueles que tiveram atendimento no dia viabilizando situações de alerta.

Além disso, as informações destes usuários, foram atualizadas diariamente no SIAB. Foi realizada a capacitação de toda equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários e adequados dos procedimentos clínicos na consulta. Foi garantida toda a logística para o desenvolvimento do registro das informações.

Objetivo 5: Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

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

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

No atendimento clínico individual do paciente hipertenso e diabético a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada usuário. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. Estas informações são fornecidas por

cada usuário durante anamnese e visa o cálculo do escore do Framingham. Durante o desenvolvimento do projeto foram realizadas avaliação do risco cardiovascular 107 usuários (100%) no primeiro mês, 229 (100%) no segundo e no terceiro 425 (99,8%). Neste aspecto a meta não foi atingida pela razão já explicada anteriormente, um usuário com HAS foi impossível de inserir nas atividades, porque o usuário encontrava-se fora da área já que ele trabalha de camineiro e nas variadas tentativas de inserir ele nos atendimentos clínicos não foi possível e portanto a meta não foi cumprida em 100%. Para os diabéticos, tivemos 27 usuários (100%) no primeiro, 27(100%) no segundo e ao terceiro 65 (100%).

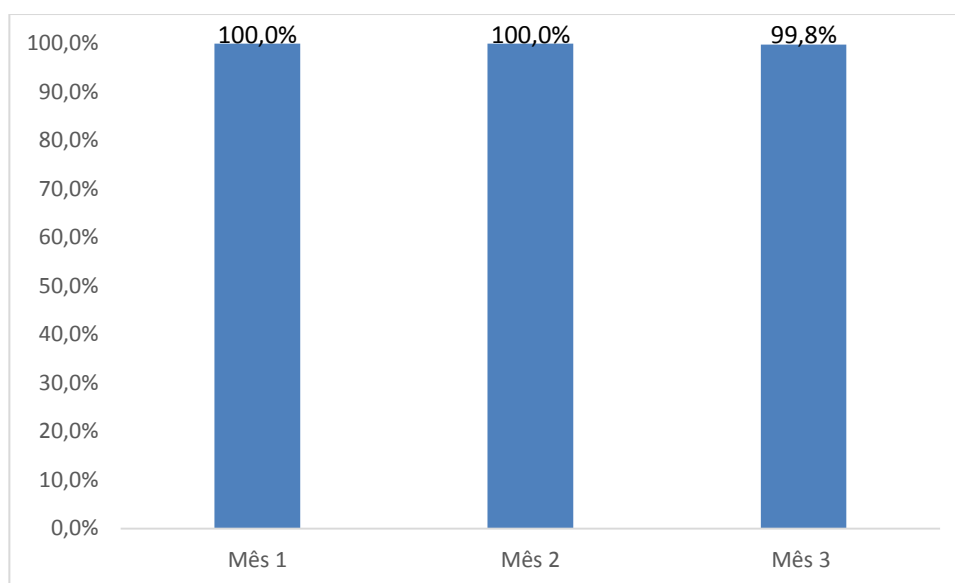


Figura 12. Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Mato Queimado/RS, 2015

Durante o atendimento, com os dados do interrogatório, exame clínico e exames complementares, foi possível que todos os usuários cadastrados tivessem a determinação do escore de Framingham. Muitos deles tiveram que continuar o acompanhamento associado com outros especialistas já que foram diagnosticados de alto risco com ações mais intencionadas e prioritárias. A equipe realizou mensalmente uma avaliação do comportamento dos usuários com risco cardiovascular e a situação do encaminhamento deles para o atendimento com especialista. Todos usuários cadastrados foram orientados no atendimento individual, sala de espera, rodas de conversa sobre as principais ações para o controle das doenças cardiovasculares para os riscos modificáveis. Toda equipe foi

capacitada em relação a metodologia para estratificação de risco e escore de Framingham.

Objetivo 6: Promover a saúde de Hipertensos e/ou 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.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças crônicas que não devem ser tratadas apenas com tratamento medicamentoso, sendo que para evitar o descontrole e as complicações que acontecem em usuários com estas doenças, é importante uma alimentação adequada e equilibrada fornecendo todos os nutrientes para um bom funcionamento do organismo e com isso a redução da pressão arterial e a glicose sanguínea

Durante o desenvolvimento da intervenção em relação à orientação sobre a alimentação saudável, tivemos 107(100%) hipertensos no primeiro mês, 229(100%) no segundo e ao terceiro 425 (99,8%. Para os diabéticos, tivemos 27 (100%) no primeiro,27(100%) no segundo e ao terceiro 65 (100%).

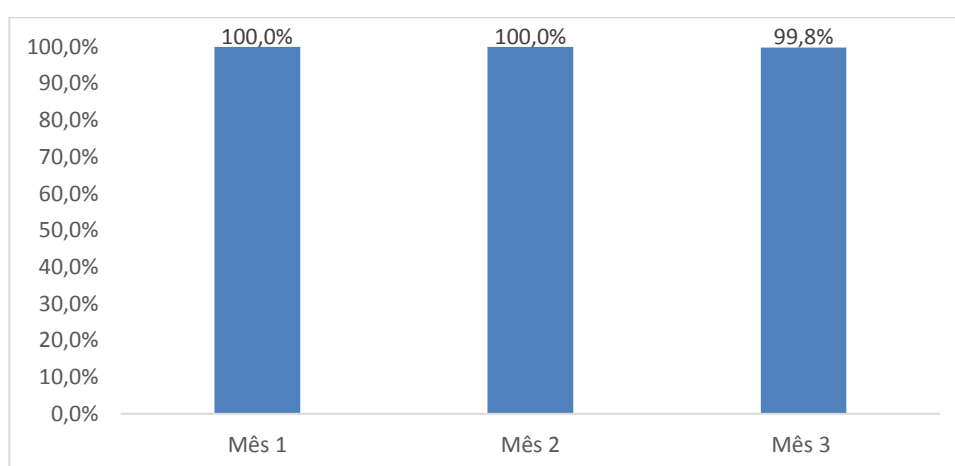


Figura 13. Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Mato Queimado/RS, 2015.

A maioria dos usuários, com exceção de um portador de hipertensão que não possível inserir nas atividades, devido não encontrar-se na área pelo tipo de trabalho que ele tem, receberam orientações em cada atendimento individual sobre orientação nutricional além das rodas de conversas feitas pela nutricionista e as diferentes temáticas expostas na sala de espera pelos membros da equipe sobre os cuidados alimentares com estas doenças, como reduzir a quantidade de sal, ingerir frutas com menos índice glicêmico, fracionar as refeições no caso do diabético, usar carboidratos integrais, não ingerir bebidas alcoólicas, incluir alimentos ricos em potássio e magnésio, fazer uso de temperos naturais, beber muita a água, mas não com as refeições entre outras. A equipe em conjunto com a nutricionista, continuará na unidade o acompanhamento dos usuários para fazer mudanças em seu modo de vida e evitar as complicações frequentes aos usuários com estas doenças.

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

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

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças que não tem cura, mas elas podem ser controladas com uso adequado dos medicamentos, uma alimentação saudável, sem cigarro e bebida alcoólica e é muito importante também a prática de exercícios físicos de forma regular. Os exercícios físicos devem ser realizados após orientação, avaliação médica, avaliação física e sob supervisão de um profissional capacitado, pois apesar dos inúmeros benefícios, usuários com patologias, merecem cuidados redobrados para evitar complicações a curto e longo prazo. Para os usuários Hipertensos e Diabéticos a realização de atividade física mal orientada pode causar a angina do peito, hipoglicemias, arritmias cardíacas ou mesmo morte súbita. Para evitar problemas é necessário se fazer uma triagem cuidadosa antes que se possa prescrever algum tipo de programa de exercícios de intensidade moderada a vigorosos.

Os hipertensos acompanhados na intervenção foram orientados sobre adequada pratica regular de exercícios durante o atendimento individual, sendo no primeiro mês 107(100%), 229 (100%) no segundo e ao terceiro 425 (99,8%). Para os diabéticos 27(100%) no primeiro, 27 (100%) no segundo e ao terceiro 65(100%),

alcançando a meta. Assim como na meta anterior o motivo de não atingir a todos os hipertensos foi mesmo.

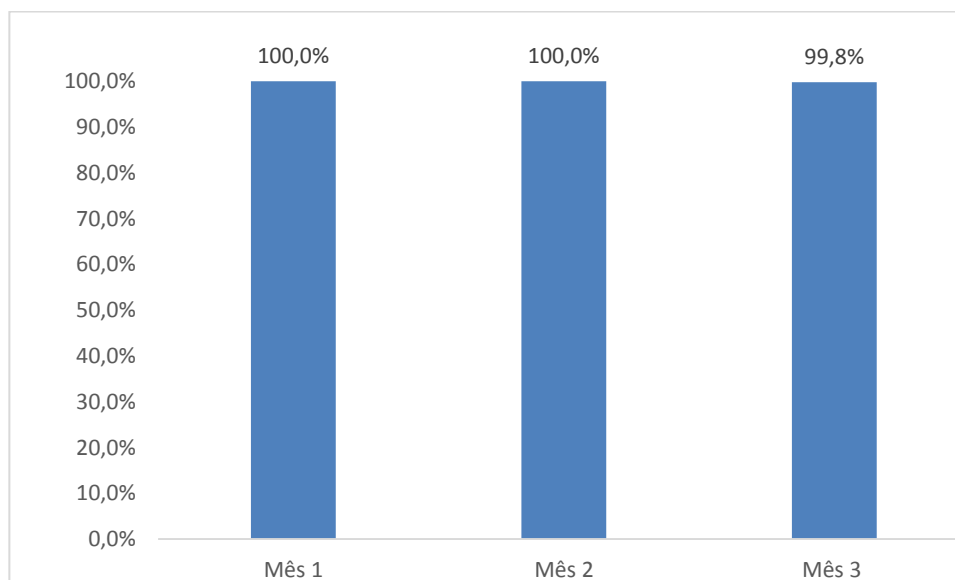


Figura 14. Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Mato Queimado/RS, 2015.

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

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

O tabagismo ativo é a principal causa isolada de doença e morte que podem ser prevenidas no mundo. A hipertensão arterial, diabetes mellitus e tabagismo são frequentemente encontrados agrupados no mesmo indivíduo. Ao longo de nosso projeto de intervenção durante o preenchimento das informações gerais, uns dos hábitos mais falados pelos usuários foi o tabagismo, pois muitos deles falaram a possibilidade de ajuda para deixar este vício.

Em relação aos hipertensos no primeiro mês foram 107 usuários orientados (100%), 229 (100%) no segundo e ao terceiro 425 (99,8%). Para os diabéticos 27(100%) no primeiro, 27(100%) no segundo e ao terceiro 65(100%).

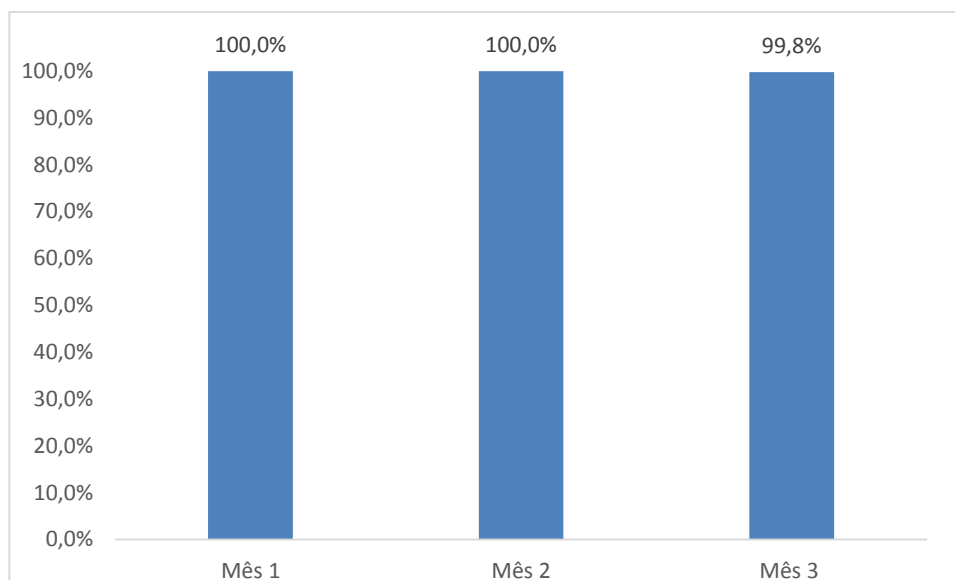


Figura 15. Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Mato Queimado/RS, 2015.

Os usuários foram orientados no atendimento individual, na sala de espera, rodas da conversa sobre os riscos do tabagismo e alguns que tinham vontade de deixar de fumar foram incorporados ao grupo de Tabagismo. A equipe recebeu a capacitação na abordagem do Tabagismo para uma melhor orientação aos usuários cadastrados.

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

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

A higiene bucal tem um papel importante na prevenção e no tratamento das doenças bucais e interferem também em outras patologias. Os usuários com hipertensão e diabetes tem uma maior predisposição à problemas bucais devido o tratamento medicamentoso de ter efeitos colaterais no meio bucal como xerostomia, alteração no paladar e estomatite e além disso, podem ter dificuldades durante os procedimentos odontológicos pelo que tem muita importância o conhecimento destes usuários sobre a higiene bucal adequada. Durante a intervenção tivemos as orientações no atendimento individual, a roda de conversa realizada pela dentista e auxiliar bucal sendo orientados no primeiro mês 107 usuários (100%), 229 (100%)

no segundo e no terceiro 425(99,8%) hipertensos. Dos diabéticos tivemos 27(100%) no primeiro mês, 27(100%) no segundo e no terceiro 65(100%) orientados sobre as medidas higiênicas para o cuidado da saúde bucal. Foram realizadas orientações durante o atendimento individual, sala de espera, rodas de conversas, palestra feita pela dentista da unidade e toda equipe foi realizada capacitação sobre higiene bucal.

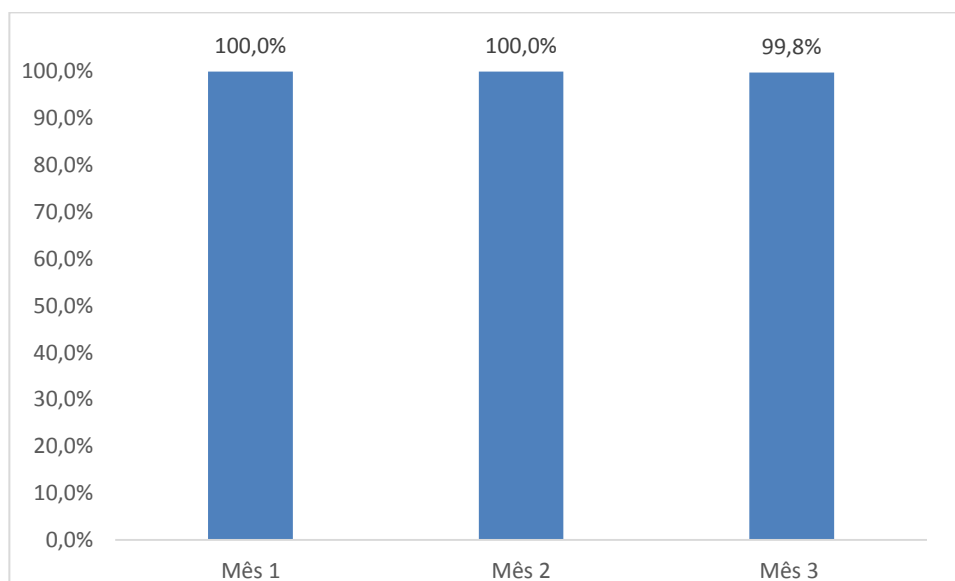


Figura 16. Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Mato Queimado /RS, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção em minha ESF propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria da qualidade dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação na classificação de risco de ambos os grupos, além da oferta de um tratamento medicamentoso adequado e oportuno para evitar as complicações e a possibilidade de um acompanhamento continuado dessas doenças.

A intervenção exigiu que a equipe tivesse um trabalho integrado valorizando o saber multidisciplinar, promovendo a participação ativa nas ações em conjunto, com a participação da médica, enfermeira, técnicas de enfermagem, dentista,

auxiliar de saúde bucal, farmacêutica, ACS e recepcionista. Foi necessário que toda equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes e estas capacitações foram realizadas e foram de muita importância para a aprendizagem da equipe.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos eram centradas no médico e enfermeiro da UBS. A intervenção reviu as atribuições de cada membro da equipe viabilizando a atenção para um maior número de usuários e podemos dizer que cada integrante da equipe cumpriu o seu trabalho como foi pactuado na intervenção.

O envolvimento da equipe se estendeu ao atendimento odontológico, já que a agenda desse profissional foi reorganizada com prioridade de atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes tendo em conta a classificação do risco. Os profissionais do NASF também contribuíram juntamente com a equipe na realização dos grupos de educação em saúde com a promoção da saúde e estímulo à modificação e melhoria da qualidade de vida. Tanto o agendamento em saúde bucal como os grupos de educação em saúde foram incorporados à rotina do serviço.

A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea e realização do trabalho continuado e incorporado como rotina do serviço da unidade. A classificação do risco tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade em geral, pois após as atividades desenvolvidas com os diferentes grupos vulneráveis foram criadas uma série de estratégias para dar continuidade ao trabalho e de certa forma tivemos algumas que não deram certo porque os usuários não participavam por isso que se fez necessário a criação de outros projetos para adequar às necessidades da população e garantir uma maior participação.

Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação pelo trabalho desenvolvido pela equipe com o atendimento personalizado e diferenciado de acordo com o risco cardiovascular oferecido durante todos esses meses da intervenção. Em alguns momentos esta situação trouxe insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade já que demorava um pouco mais o atendimento, geralmente para os que tinham uma classificação de alto risco. Para esta ação é necessário um trabalho constante de esclarecimento para evitar essas

situações. Apesar do trabalho realizado em toda a comunidade, ainda resta um usuário que não possibilitou o acompanhamento adequado por sua profissão, mas continuaremos incentivando e motivando este usuário para cumprir a cobertura, na sua totalidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início da intervenção tivéssemos tido o apoio do NASF no planejamento das ações, além de isso a reorganização adequada da agenda para os atendimentos odontológicos priorizados aos de alto risco. Durante o desenvolvimento do programa tivemos dificuldades com as ações planejadas com o professor de educação física, já que a secretaria de saúde não tem usuários diretamente vinculados a esta gestão, sendo difícil ter a disponibilidade deste profissional.

Agora no final do projeto podemos perceber que a equipe está integrada e como a intervenção já faz parte da rotina do serviço, teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas no curso da intervenção. Pretendemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial aos de alto risco.

A partir do próximo mês, mediante conversa com toda a equipe, pretendemos investir na educação e conscientização dos usuários que ainda não foram cadastrados no programa. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar em nossa área o programa de prevenção, controle e detecção precoce do câncer de colo de útero e mama.

5 Relatório da intervenção para gestores

Eu sou médica cubana participante do Programa Mais Médicos Para o Brasil, estou trabalhando na ESF Mato Queimado há 17 meses, no município Mato Queimado rural do interior do Rio Grande do Sul, estou fazendo o curso a distância sobre especialização em saúde da família na Universidade Federal de Pelotas com o objetivo de enriquecer os conhecimentos sobre a saúde da família do Brasil para desta forma oferecer aos usuários saúde com maior qualidade.

A ESF conta com uma população de 1804 habitantes, com 660 famílias cadastradas, um total de 426 usuários com hipertensão arterial, 65 diabéticos.

Nos meses de abril a julho realizou-se uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos. Os objetivos do projeto foram cumpridos, conseguindo atingir a 426 usuários hipertensos (100 %) e 65 diabéticos (100%). Foi consideravelmente impactante a cobertura atingida, levando em consideração o curto tempo da intervenção para cumprir e alcançar a meta de cobertura.

Para a realização de nossa intervenção utilizamos o Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a) e livro de registros dos usuários hipertensos e diabéticos. Durante três meses nossa equipe manteve-se focada no verdadeiro trabalho em equipe, para cumprir os objetivos da intervenção. Foram experiências novas para todos nós, já que não se acreditava na possibilidade de ter os resultados obtidos. Desde o início realizamos um cronograma de atividades, que nos permitiu a reorganização no trabalho, sendo possível cumprir com todas as ações propostas. Ressalto o importante apoio oferecido pela secretaria de saúde, especialmente a nossa gestora de saúde durante a intervenção.

Algumas destas ações propostas e realizadas foram a capacitação dos profissionais, busca ativa de usuários faltosos, atendimento clínico, interação com os grupos de hipertensos e diabéticos, monitoramento e avaliação, entre outras.

A tentativa de fortalecer o trabalho em equipe e a educação permanente também foi um aspecto muito relevante que a intervenção trouxe. Uma grande vitória foi conseguir reunir a equipe e fazer com que todos fizessem parte da

intervenção como agentes promotores da ação e trabalhassem verdadeiramente como uma equipe e não como profissionais individualizados no contexto.

Tivemos resultados positivos em relação a melhoria de indicadores como, realizar 100% dos exames clínicos aos usuários, de exames complementares para avaliação de risco cardiovasculares, orientar 100% dos usuários sobre a prática de atividade física, hábito alimentar e orientação sobre o uso de tabagismo assim como cadastrar 100% dos diabéticos e hipertensos de nossa área de abrangência.

Intervenções como esta realizada nestes três meses são importantes na medida em que promovem a organização do trabalho e sistematização dos registros, permitindo assim o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde assim como melhoria da assistência prestada.

Por isso consideramos importante que através do Senhor (a), se incentivem outros projetos de saúde no município, para obter melhorias no serviço, melhorando a qualidade de vida da população de Mato Queimado– RS. Nossa equipe está disposta de apresentar nosso trabalho, mostrando nossos resultados, para assim incentivar outras unidades a realização de projetos de intervenção na comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde a nível mundial, cada ano ocorrem um número considerável de mortes a causa das complicações mais frequentes destas doenças, complicações que são evitáveis em grão medida com ações na atenção básica de saúde.

Ao longo de três meses a equipe de saúde desenvolveu uma intervenção atividades para melhorar a saúde das pessoas, sendo neste momento dirigida aos hipertensos e diabéticos atendidos na unidade. De nossa área de abrangência com o objetivo de melhorar a atenção à saúde destes usuários, desta forma, o alvo das ações foram os hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

A forma de registro dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus antes do projeto era inadequada, pois os prontuários não estavam completos, por isso as fichas espelhos foram preenchidas no decorrer da intervenção e a equipe utilizou algumas ferramentas para obter as informações que são importantes ao acompanhamento de qualidade, que portanto esses dados anteriores foram importantes na análise situacional, na intervenção esses dados foram sendo preenchidos na medida em que eram realizados os atendimentos para garantir assim e uma das finalidades da intervenção é essa a melhoria nos registros também.

A equipe realizou avaliações que permitiram identificar a avaliação dos indicadores de qualidade é muito importante já que nos permite ter uma visão sobre como estão sendo feitas das atividades desenvolvidas, como as consultas, atividades coletivas, orientações sobre hábitos de vida saudáveis e importância do acompanhamento na unidade e a qualidade destas. De forma geral os indicadores estão ao dia, foi identificado que os usuários são avaliados de forma adequada, com acompanhamento por médico, nutricionista, dentista e outros profissionais de acordo

com as necessidades e são orientados desde o ponto de vista nutricional e são incentivados a praticar exercícios físicos mesmo não tendo educador físico.

Para iniciar nossa intervenção criamos um cronograma para uma melhor foi necessário desenvolver um planejamento para execução e organização de nossas atividades de saúde, e conseguimos onde foram cumprir 100 % das ações planejadas. Houve ainda a capacitação dos Para isso acontecer os profissionais da Unidade Básica foram capacitados segundo o Protocolo do Ministério da Saúde e todos estavam aptos para acompanhar os hipertensos e diabéticos.

Finalmente foram atendidos 426 hipertensos (100%) e 65 diabéticos (100%) respectivamente, com a melhoria da qualidade dos atendimentos aos Hipertensos e Diabéticos, melhorar a adesão através da busca ativa de usuários faltosos a consultas, melhorar o registro das informações, pesquisa dos Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular e a realização de ações de promoção da saúde voltada a esse grupo populacional.

Mesmo assim ainda há trabalho por fazer e conforme passa o tempo continuaremos com as mesmas atividades realizadas durante o período da intervenção.

Os agentes comunitários de saúde foram os profissionais mais engajados na intervenção quanto à orientação das medidas de promoção e prevenção da saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos. A principal vantagem da comunidade é que os profissionais estão capacitados para atendê-los e todos serão atendidos de modo acolhedor visando à integralidade da pessoa.

Apesar de ver terminado o projeto se dará continuidade as mesmas atividades realizadas durante a intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Com relação ao curso posso afirmar que ao início foi difícil devido ao idioma, mas com empenho e dedicação tudo saiu muito bem e aprendi muito, estou trabalhando no município sozinha, sem outros médicos cubanos e isso tornou possível a melhoria do português, pois foi preciso me dedicar a aprender o português para fazer possível a correta comunicação com colegas e usuários.

Ao início foi completamente nova a experiência de fazer uma especialização a distância pois nunca tenha feito esse tipo de estudos, no meu país é bem diferente em todos os sentidos, mas a cada dia se tornava interessante, pois nunca é demais um momento de estudo e reflexão e os assuntos eram todos cotidianos do trabalho na saúde coletiva.

Acredito que a realização da análise situacional, foi de vital importância para obter dados da população da área de abrangência, porque só assim conhecemos os principais problemas de saúde da população, para uma posterior intervenção. Neste sentido já tinha experiência de trabalho, pois em Cuba durante a especialização de Medicina Geral Integral são necessários estudos bem parecidos com estes, portanto não foi difícil implantar este método de trabalho na ESF.

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

Conheci muitas bibliografias que agora sei que posso utilizá-las durante o processo de trabalho. Não posso deixar de elogiar a orientação que sempre estive a minha disposição, as vezes tinha dificuldades de compreensão e coisas assim, mas a orientadora foi muito paciente e sempre buscou me orientar pertinentemente.

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

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

Foi de vital importância à realização das tarefas e as correções feitas pela orientadora, já que agora formam parte do TCC, facilitando o trabalho.

O curso para mim como médica significou um grande desafio, mas me ajudou muito a conhecer toda a população, conhecer também cada problema dos usuários e a trabalhar em equipe mostrando uma vez mais que na união está a força. O mais relevante para mim foi a participação de todos os usuários nas atividades de grupos realizadas, ver como eles se preocupavam em seu estado de saúde e como mudaram seu estilo de vida.

Referências

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

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

Cidade-Brasil, Município de Mato Queimado, disponível em: <<http://www.cidade-brasil.com.br/municipio-mato-queimado.html#municipio>> acesso em 12 de agosto de 2014.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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 B- Planilha de coleta de dados

Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?
de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1							
2							
3							
4							

O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Yareimis Planilha de dados final [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3								
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O p neces medic
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 1
420	417	Helena Da Silva Lubas	56	1	0	1	1	
421	418	Romaldo Friederick	70	0	1	1	1	
422	419	Maria Lucila Dahmer	69	0	1	1	1	
423	420	Jose Pires	70	1	0	1	1	
424	421	Janete Pires Moreira	57	1	1	1	1	
425	422	Selma Fengler	69	1	0	1	1	
426	423	Norma Schons	71	1	1	1	1	

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