

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, na
UBS de Vera Mendes, Vera Mendes/PI**

Kaio Danilo Leite da Silva Rocha

Pelotas, 2015

Kaio Danilo Leite da Silva Rocha

**Melhoria da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, na
UBS de Vera Mendes, Vera Mendes/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, 2015

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

R672m Rocha, Kaio Danilo Leite da Silva

Melhoria da atenção à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes melitus, na UBS de Vera Mendes, Vera Mendes/PI / Kaio Danilo Leite da Silva Rocha; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

108 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. Brant, Ailton Gomes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

À Deus, pelo amor e saúde dispensados,
essenciais nesta caminhada.

Aos meus pais (em memória), que mesmo no silêncio da
ausência física, fazem-me sentir suas presenças vivas em
cada momento da minha vida, me incentivam e me dão
forças para buscar o melhor.

À minha família, pelos ensinamentos, crédito e confiança,
essenciais para a conclusão desta jornada e
principalmente, para o início de outras que virão. Em
especial à minha avó Teresinha, mulher admirável, fonte
infinita de amor, carinho, saber, exemplo e estímulo pela
constante renúncia de sua vida em favor dos seus filhos e
de mim que me abraçou como tal.

À minha esposa Rosa Melina, que a cada dia torna-
se mais especial e essencial à minha vida, e à minha
filha Carmem, um presente de Deus para iluminar
minha vida, que me deu forças e ânimo para concluir
essa jornada.

Muitas são as coisas que gostaria de dizer-lhes, mas... Aqui ficam, a vocês, meu
amor e minha eterna gratidão.

Agradecimentos

À Deus, primeiramente e acima de tudo, por ter me dado forças e iluminado meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida.

Aos meus pais, Wilson e Carmem, pela força e energia inexplicável que me transmitiram ao longo destes anos, mesmo nas suas insubstituíveis ausências.

Aos meus avós Cláudio e Teresinha, por terem me abraçado como filho, por todo amor e dedicação que sempre tiveram comigo e sempre me apoiaram e acreditaram na minha capacidade. Meus agradecimentos pelos conselhos, preocupações, paciência, orações, incentivos e força, vovó. Aos ensinamentos, apoio e incentivos, vovô, que mesmo não estando mais por perto, continuas a transmitir todos os dias.

Aos meus tios, Teresa Cláudia, Claudery, Claudécia, Socorro, Antônio Cláudio, Aldeny, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis, contribuindo com sua atenção e carinho, e em especial a minha tia Ana Lúcia, uma mãe para mim, por todo incentivo, crédito, paciência, ensinamentos, amor e carinho dispensados. A eles demonstro meu orgulho e respeito pelas pessoas que são.

À minha esposa Rosa Melina, pela compreensão nos momentos de irritação, incentivo nas horas de desânimo e principalmente, pelo companheirismo ao longo desta caminhada.

À minha filhinha Carmem, fonte de amor, dedicação, incentivo e inspiração que é parte da minha vida.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste trabalho. Meu sincero agradecimento.

"É o que as pessoas dizem: "que o tempo muda tudo." Não é verdade. Fazer coisas é o que muda algo. Não fazer nada deixa as coisas do jeito que eram"

Dr. House

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso da unidade de saúde de Vera Mendes - PI.....	79
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético da unidade de saúde de Vera Mendes - PI.....	79
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	80
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	80
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	81
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	82
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.....	83
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.....	83
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.....	84
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.....	84
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de atendimento.....	85
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de atendimento.....	86
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	87
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	87
Figura 15	Gráfico Indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	88
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	89

Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.....	89
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.....	90
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo.....	90
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre riscos do tabagismo.....	91
Figura 21	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.....	91
Figura 22	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.....	92

Lista de Abreviaturas/Siglas

ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
CA	-	Câncer
DCNT	-	Doença(s) Crônica(s) não Transmissível (is)
DM	-	Diabetes Mellitus
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	-	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
SIAB	-	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	11
1 Análise Situacional.....	12
1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS em 09/04/2014.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional em 27/06 /2014.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório Situacional.....	24
2 Análise Estratégica.....	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos.....	28
2.2.3 Metas.....	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Ações.....	31
2.3.2 Indicadores.....	62
2.3.3 Logística.....	67
2.3.4 Cronograma.....	69
3 Relatório da Intervenção.....	73
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	73
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	75
3.3 Dificuldades encontradas.....	75
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	76
4 Avaliação da intervenção.....	78
4.1 Resultados.....	78
4.2 Discussão.....	92
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	96
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	98
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	100
Referências	103
Anexos.....	104

Resumo

ROCHA, Kaio Danilo Leite da Silva. **Melhoria da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, na UBS de Vera Mendes, Vera Mendes/PI.** 2015. 108f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O Diabetes e a Hipertensão, consideradas e classificadas como doenças crônicas de caráter não transmissível, são no momento um grande mal a ser combatido ante às mudanças no estilo de vida adotado pela sociedade atual, associado ao sedentarismo, à obesidade, a alimentação inadequada, ao estresse, entre outras causas orgânicas e fisiológicas. Pensando nisso, foi realizada a intervenção nessa ação programática nos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vera Mendes, município de Vera Mendes - PI, durante 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. No período de intervenção foram realizadas diversas atividades com a equipe e com a comunidade. Foram identificados 459 hipertensos e 115 diabéticos na comunidade, destes 408 hipertensos e 115 diabéticos foram contatados e foram sujeitos do estudo. Ao iniciar a intervenção apenas 18% dos hipertensos e 14% dos diabéticos eram cadastrados no programa de hipertensos e diabéticos da UBS e atendidos programaticamente. Ao longo da intervenção essa cobertura atingiu 20,7% (95) e 24,3% (28) no 1º mês e progrediu para 37,9% (174) e 55,7% (64) respectivamente, até chegar aos valores finais, devido às ações de busca ativa e organização do atendimento programático. Estes receberam: avaliação clínica, conforme protocolo adotado no serviço; orientação nutricional; sobre atividade física; tabagismo e foi realizada estratificação de risco. O projeto proporcionou uma grande melhoria no atendimento ao doente, e nas atividades desenvolvidas na UBS, bem como na relação interpessoal dos funcionários da mesma.

Palavras-Chaves: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica

Apresentação

Este é um trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL e abrange as atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso. Está dividido em Análise situacional, que descreve qual era a situação da UBS de Vera Mendes, em Vera Mendes/PI antes da intervenção; Análise Estratégica, que descreve a justificativa da escolha em trabalhar com usuários adultos portadores de HAS e/ou DM, e os caminhos metodológicos e cronológicos que foram necessários para serem alcançadas as metas e conseqüentemente os objetivos que nortearam todo esse trabalho.

Em seguida, há a parte do Relatório da Intervenção, parte extremamente importante por avaliar o caminho percorrido ao longo das 12 semanas de intervenção, considerando nisso a viabilidade das ações pactuadas, os obstáculos e limitações enfrentadas, as facilidades e os cumprimentos das ações, de forma integral ou parcial ao longo desse período. Posteriormente, tem-se a Avaliação da Intervenção, em que os resultados obtidos estão devidamente elaborados e analisados, a partir dos gráficos. Na sequência, uma discussão é proposta para os mesmos, na tentativa de significar esses resultados para a comunidade, para o serviço e para os profissionais envolvidos.

Dando sequência ao trabalho elaborado, dois pequenos relatórios foram confeccionados, um para a comunidade, outro para os gestores. A proposta é dar um feedback às partes que se engajaram no projeto, prestando contas do que foi alcançado de avanço e do que ainda pode ser alcançado com a continuidade do programa.

Na última parte do conteúdo desse trabalho o autor faz uma análise, uma Reflexão Crítica sobre a caminhada desde o início do curso até a finalização da intervenção. Uma análise sobre os aprendizados e significados dos diversos frutos colhidos por meio dessa especialização.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 09/04/2014

A unidade básica de saúde (UBS) que estou trabalhando muito me surpreendeu quando cheguei para trabalhar na primeira semana, pois apesar de estar inserida numa cidade muito pequena, Vera Mendes - PI, com cerca de 3023 habitantes estimativamente pelo IBGE (2014), apresenta-se bem estruturada e comparativamente melhor que a de cidades de maior porte que trabalhei anteriormente.

A cidade é recém emancipada, tem apenas 20 anos de existência, quando passou a cidade ao ser desmembrada da cidade vizinha Itainópolis - PI, da qual era distrito. Possui um amplo território e devido a pequena população conta com densidade demográfica de apenas 8,73 habitantes/km² segundo dados do IBGE (2010), sendo que a maior parte concentra-se na zona rural (2020 habitantes) em relação aos habitantes da zona urbana (966 habitantes). O Município conta ainda com 14 comunidades rurais dispersas no território (IBGE, 2010).

Existe no município uma única unidade básica de saúde. Na UBS existe apenas uma equipe de saúde da família - ESF instalada, apesar de já haver espaço para uma segunda devido às novas recomendações de abrangência populacional do Ministério da Saúde (MS), mas já está em processo de liberação para implantação pelo mesmo.

UBS nova, limpa, organizada e com profissionais comprometidos com a população. Recém-inaugurada, já conta com alguns itens de acessibilidade. Rampas de acesso à UBS, portas largas nos consultórios, porém os banheiros ainda deixam a desejar aos portadores de necessidades especiais, pois não há adaptações. À entrada existe uma recepção central organizada com computador, painel informativo de serviços disponíveis aos usuários, e prateleiras onde ficam também guardados os

prontuários. Como a recepção é central, para um lado da UBS ficam o consultório odontológico, o consultório de enfermagem, a sala de esterilização com autoclave, o expurgo com sua fossa séptica, uma pequena lavanderia e dois banheiros para funcionários. Para o outro lado, ficam uma sala de pequenos procedimentos, com material disponível a realização de suturas, curativos e pequenas cirurgias, com 2 lavabos, caixa de descarte de perfuro cortantes, maca e mesas de apoio. Adiante ficam os dois consultórios médicos da unidade, limpos, todos com maca, mesas e cadeiras em bom estado de conservação, armários e lavabos. Neste mesmo lado existe ainda a farmácia abastecida com vários fármacos básicos disponíveis a população, dois leitos para observação clínica, um masculino e outro feminino, com macas novas, lavabo e suporte para soros, uma sala de parto que está desativada, porém conta com mesa para partos moderna, berço aquecido para primeiros cuidados com o RN, material para parto humanizado e climatizador de ar.

Completando essa estrutura física, existe uma equipe de saúde atenciosa e acolhedora, tanto para com os colegas de trabalho quanto à população da cidade que depende totalmente desta UBS, composta por 1 médico, 1 enfermeira, 6 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 técnica de enfermagem, 2 recepcionistas, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 recepcionista na farmácia. Ressalto ainda que na UBS são desenvolvidos também os serviços do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com farmacêutico, fonoaudiólogo e fisioterapeuta.

Nem tudo é perfeito, apesar de estruturalmente boa, possui alguns costumes que estão enraizados por todas UBSs que passei, inclusive nos tempos de universidade. A população adstrita e alguns profissionais ainda trazem muito a ideia curativista. A ideia de que tem que sair da consulta com vários remédios prescritos, de que tem realizar exames, de querem exames complexos muitas vezes desnecessários que oneram o sistema e que nada acrescentam à saúde, deixando de lado ou até mesmo desconhecendo as práticas preventivas que são o objetivo maior do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população adstrita é ampla no território, grande parte referindo a distância como barreira à frequentar a UBS, inclusive com comunidades de difícil acesso, estradas ruins e condições ainda precárias de moradia e acesso a serviços básicos, que por tal entraves dificultam a prática preventiva e priorizam a ida à UBS apenas as oportunidades que buscam tratamentos curativos.

1.2 Relatório da Análise Situacional em 27/06/2014

O Município de Vera Mendes - PI possui uma população de aproximadamente 3023 habitantes sendo a maioria habitantes da zona rural. Possui uma baixa densidade demográfica de apenas 8,73 habitantes/km² segundo dados do IBGE (2010), sendo que a maior parte concentra-se na zona rural (2020 habitantes) em relação aos habitantes da zona urbana (966 habitantes). O Município conta ainda com 14 comunidades rurais dispersas no território (IBGE, 2010).

Todos dependem exclusivamente de uma única unidade básica de saúde (UBS) na sede do município, da qual dependem todos os habitantes e para onde convergem todas as demandas por serviços de saúde. Na UBS encontra-se instalada apenas uma equipe de saúde da família - ESF ampliada com equipe de saúde bucal. Não há equipes que deslocam-se para atendimentos exclusivamente na zona rural, ficando estas acompanhadas rotineiramente apenas pelos agentes comunitários de saúde.

Não há no município um centro de especialidades odontológicas (CEO) disponível. Existe instalado no próprio prédio da UBS uma equipe de NASF 1, disponível para ajudar a ESF, quando necessário. O NASF conta com um farmacêutico, uma assistente social, um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo. A atenção especializada e o serviço hospitalar dependem do município referencia vizinho, Picos - PI, distante 60km, sendo a marcação de consultas especializadas realizada de maneira escassa via secretaria de saúde e o hospital regional do município citado a porta de entrada para as urgências e emergências. Exames laboratoriais simples são colhidos na própria UBS, porém processados em outra cidade e todos os demais exames complementares necessitam do deslocamento do paciente a outra cidade para realização.

A UBS que desenvolvo as minhas atividades é urbana, presta atendimentos exclusivamente pelo SUS, sem vínculos com instituições de ensino e é a única no município conforme já citado. Adota o modelo de atenção ESF, contando com equipe única ampliada com equipe de saúde bucal.

A estrutura física é relativamente nova, pois a UBS foi inaugurada há apenas 3 anos, apresentando boa conservação e distribuição arquitetônica, com 3 consultórios amplos que contém mesa, maca e lavabo, recepção com espaço para guarda de prontuários e cadeiras suficientes para os usuários enquanto aguardam

atendimentos, banheiros bem conservados, sala de curativos bem equipada, sala de imunizações climatizada, todos esses são pontos positivos. Como pontos negativos eu destaco a acessibilidade que apesar de já existirem alguns itens, faltam muitos, como corrimãos nos corredores, consultórios e banheiros adaptados, e a necessidade de climatização da recepção devido as altas temperaturas registradas na cidade.

A ESF da UBS é composta na maioria por profissionais moradores da própria cidade e bastante engajada, mas fica difícil cobrir todo o território de maneira satisfatória. O médico da equipe realiza atendimentos diariamente a população em dois turnos, atendendo por livre demanda, sem restrição de horários ou turnos para os programas da atenção básica. A territorialização e mapeamento da área é realizado pelos agentes comunitários de saúde, tanto na zona urbana quanto na zona rural, sendo coordenados pela enfermeira da equipe, pois estes são pessoas ligadas a comunidades e melhores conhecedores do território.

Uma limitação encontrada pela equipe são as atividades em grupo que são pouco realizadas, tanto pela resistência da população, uma vez que ainda tem a cultura de uma saúde curativista o que implica no grande número de atendimentos diários de livre demanda realizados, quanto pela sobrecarregando do serviço que isso ocasiona. Devido à existência de uma única Estratégia Saúde da Família ESF e UBS para atender todo o município, fica praticamente impossível realizar acompanhamento regular de todos os usuários nos programas da atenção básica, pois há dificuldades de deslocamento, na busca ativa pelos faltosos, na sobrecarga por demanda espontânea, nas visitas domiciliares. Na tentativa de reduzir tais déficits, a ESF se reúne quinzenalmente para discutir estratégias de melhorar o atendimento e avaliar o trabalho realizado.

A área adstrita compreende um vasto território, tanto zona urbana quanto zona rural, com aproximadamente 3023 usuários, na maioria mulheres com perfil etário de pirâmide de base larga, sendo apenas uma única equipe de saúde da família insuficiente para cobrir todo o território e contingente populacional adstrito, principalmente por conter comunidades longínquas e de difícil acesso. Como forma de minimizar tais dificuldades, são realizados uma vez por semana atendimentos diretamente nessas comunidades, além de ser disponibilizado transporte público a algumas regiões mais distantes duas vezes por semana para que a população possa deslocar-se até a UBS. Esses pacientes têm prioridades no atendimento, porém sem

deixar de atender os pacientes da zona urbana.

No município existe apenas uma ESF para uma população de aproximadamente 3500 pessoas, o que segundo recomendações do ministério da saúde é um número adequado, entretanto está acima da média que é uma equipe para 3000 habitantes, o que reflete no atendimento prestado, uma vez que apesar de ser um número de pessoas admissível para cobertura por uma única ESF, existe o entrave de o território adstrito possuir várias localidades rurais com acessos ruins, atender a toda demanda de serviços de saúde do município, o que poderiam ser melhor com a criação e implantação de uma nova ESF, inclusive já está em análise pelo MS.

Na UBS o acolhimento é realizado por toda equipe, de forma que a maioria dos atendimentos são de demanda espontânea, sem limites de atendimentos por turno, que na média correspondem a 25-30 atendimentos por turno, sendo que destes menos da metade são consultas marcadas pelos ACS ou pelos próprios pacientes ao procurarem atendimentos para casos não imediatos e urgentes/emergentes, e com isso são agendados para datas futuras o mais próximo possível.

O usuário ao chegar a UBS passa primeiramente pela recepção onde são escutados em seus anseios e no motivo da visita a UBS para em seguida ser pesquisado seu prontuário e encaminhado para o atendimento. A demanda espontânea como já dito anteriormente, é na quase totalidade atendida no mesmo dia que procura atendimento, sendo os casos que necessitam passar por um Pronto Socorro encaminhados para a cidade referencia, a 60km de distância nas ambulâncias disponíveis na UBS.

Os dias que sobrecarregam são os dias em que existem carros vindos das diversas localidades rurais para a cidade, em que na oportunidade, várias pessoas aproveitam para vir à UBS, mas dadas as dificuldades de acesso, sempre há um acolhimento digno e atendimento disponibilizado à esta demanda. Refletivamente uma forma possível de sanar este problema seria visitas às comunidades rurais com mais frequência pela equipe e a organização dos atendimentos por marcação de consulta por dias e grupos de atenção, como hiperdia, saúde da criança, saúde da mulher, pré-natal, entre outros, sempre deixando uma retaguarda para a demanda espontânea, porém com uma única ESF é bastante difícil.

Estimativamente pelos Cadernos de Ações Programáticas fornecidos pelo

curso de especialização da UFPel, tem-se um índice de 81% de cobertura em relação a saúde da criança. Apesar desse índice estimado e da saúde da criança como ação programática adotar o manual técnico do MS, aquela não ocorre como deveria e restringe-se apenas a deficitária puericultura e imunizações. A puericultura, na forma adequada, não ocorre não por falta de interesse, preparo ou engajamento da equipe com a população adstrita, mas pela dificuldade da população local aceitar a ideia de prevenção anteriormente a medicina curativista. A falta de adesão pelas mães é enorme. Para tentar resolver o problema os ACS realizam busca ativa aos faltosos à puericultura e os encaminham a UBS, entretanto, apenas cerca da metade dos RN e Lactentes comparecem para tal.

Os atendimentos a saúde da criança são realizados todos os dias, sem turnos demarcados, mas praticamente comparem crianças com problemas agudos de saúde e mães sem nenhum interesse em ações preventivas. Isto é um problema, pois as mães levam consigo a falsa ideia de que só devem consultar os filhos quando os mesmos adoecem. Perde-se tempo precioso de intervenção, como por exemplo, na análise do crescimento e desenvolvimento, perde-se a chance de conhecer o que são os marcos normais e o que não é esperado para idade, causa preocupação, angústias, suspensão do aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses, tratamentos farmacológicos desnecessários, dentre outros, e o resultado disso, é que quando procuram atendimento seus filhos encontram-se em situações que poderiam ser evitadas ou amenizadas.

O teste do pezinho é realizado em quase 100% das crianças, pois como os partos são realizados quase totalmente em maternidade referencia para o município, quase todos já saem da maternidade com o teste realizado, entretanto cerca de 50% vão receber e apresentar os resultados. A vacinação é a atividade programática de saúde da criança que apresenta a maior adesão na UBS, talvez até por acharem que vacina é um remédio e não uma atividade de prevenção, mas mesmo assim ainda tem muitas mães da área que são resistentes e levam consigo ainda pensamentos errôneos que vacinas "fazem mal".

Os ACSs ajudam na ação com o acompanhamento regular dos cartões de vacinação e do peso das crianças de suas microáreas no domicílio, mensalmente por meio de visitas e encaminham os casos que julguem necessários à UBS para melhor avaliação pela equipe.

O registro das ações é deficitário, pois muitas informações dos atendimentos

não constam nos prontuários, além dos mesmos não possuem fichas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e cartão-espelho de vacinas. Isto seria o primeiro ponto a ser corrigido para uma melhor organização e desenvolvimento das ações programáticas. Outras ações de melhoria possíveis seria o trabalho de conscientização das mães e família em geral quanto a importância do acompanhamento regular da saúde da criança, a busca ativa por faltosos ser intensificada e realizar atividades de grupos em comunidades e na própria UBS visando melhorar a adesão da população em foco.

O pré-natal da UBS que estou atuando é um dos serviços que destacam-se pela adesão da população, comparativamente as outras atividades preventivas. Estimativamente pelos Cadernos de Ações Programáticas fornecidos pelo curso de especialização da UFPel, tem-se um índice de 54% de cobertura em relação a saúde da criança.

A maioria das gestantes realizam suas consultas conforme preconiza o Ministério da Saúde e ao final da gestação acumulam as seis consultas que são o mínimo necessário. Já o puerpério deixa a desejar pelas pacientes que só retornam a UBS após o parto, se estiverem alguma complicação. Esse déficit é sanado pelas visitas domiciliares realizados pela enfermeira da equipe e pela busca ativa pelos agentes comunitários de saúde. Não existem dias nem turnos determinados para atendimentos deste grupo, entretanto possuem prioridade de atendimento respeitado ao chegarem a UBS, tanto para consulta de pré-natal de seguimento, como na vigência de algum evento agudo.

As gestantes possuem uma sistematização e organização de dados dos seus atendimentos que se sobressaem entre os demais. Além de os prontuários das gestantes possuem um melhor detalhamento, cronologia e organização no seu preenchimento, existe ainda o cartão da gestante que as mesmas carregam consigo e que a UBS mantém uma cópia espelho anexadas aos prontuários, a ficha perinatal e o mapa de atendimento diário das gestantes permitindo registro de dados satisfatoriamente.

O pré-natal alcança uma boa cobertura na população adstrita, com 92% das gestantes iniciando suas consultas ainda no primeiro trimestre apesar das dificuldades geográficas da área já relatadas e é a ação programática da atenção básica que apresenta melhor adesão por parte das pacientes, não apenas pela preocupação que muitas carregam consigo da gestação em si, mas muitas vezes até

estimuladas pelas exigências que existem em relação ao número mínimo de consultas para que futuramente possam gozar de benefícios sociais, o que é uma realidade. A qualidade da atenção ao pré-natal encontra-se excelente, com índices de avaliação pelo caderno de ações programáticas superiores a 90% no que diz respeito a início precoce do seguimento, imunizações, exames laboratoriais, suplementação de ferro e orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo. O indicador de pior avaliação e que necessita de melhorar é a avaliação da saúde bucal que apresenta índices de cobertura de apenas 15% das gestantes em acompanhamento na UBS.

O trabalho nesses pontos poderia ser melhorado, organizando um dia ou turno para atividade de grupos com as gestantes em consulta de pré-natal, reunindo-as na UBS, aproximando-as, o que estimularia a troca de experiências e ideias, o esclarecimento de dúvidas, redução de anseios através do diálogo e aprendizado mútuo com esse grupo especial de pacientes, sem entretanto limitar o atendimento pré-natal individual dessas pacientes, deixando-as livres para serem acolhidas na UBS durante toda semana de atendimento. Outro ponto a ser melhorado seria aumentar a adesão às consultas de puerpério, que possuem baixa adesão e deixam a depender na maior parte dos casos apenas das visitas domiciliares. Este momento também é importante para informações e esclarecimentos com reflexos positivos tanto para mãe quanto para o RN e que poderia ser estimulado desde as consultas de pré-natal.

As ações de controle do câncer (CA) de colo e mama na UBS estão caminhando juntos com o desenvolvimento da mesma como um todo.

Conforme já relatado, a população adstrita ainda apresenta resistência as atividades preventivas, e com isso, diagnósticos são atrasados e chances de cura comprometidas para diversas patologias inclusive o CA de colo e Mama. Para tentar saldar esse déficit são realizadas palestras educativas com grupos de mulheres duas vezes por semana na própria UBS, com o médico e a enfermeira da equipe na tentativa de orientar quanto ao autoexame das mamas, os fatores de risco para o CA de mama e colo do útero, a rotina de realização do preventivo do câncer de colo uterino. Na oportunidade são realizados coletas de colpocitologias oncóticas e realizado exame clínico das mamas. As pacientes que não comparecem a essas atividades de grupo, são orientadas pelos agentes comunitários de saúde em buscas ativas para comparecer a UBS e realizar exames de rastreio preconizados. Além das

reuniões, são realizados ainda orientações a demanda feminina que comparece espontaneamente a UBS e com queixas clínicas que envolvem outros órgãos e sistemas, o que é uma maneira de conscientizá-las e atraí-las aos exames de rastreio.

A coleta do preventivo é realizada pela enfermeira da equipe, que deixa as pacientes inclusive mais a vontade para permitir o procedimento por ser mulher, dois dias por semana e enviado o material para processamento e análise em cidade referencia. Os resultados chegam de 15 a 20 dias em média e são entregues e discutidos com as pacientes quanto aos diagnósticos e tratamentos possíveis, como também orientadas quanto a necessidades e periodicidade de seguimento. Um fator que me preocupa e chama atenção é o fato de a maioria das mulheres associarem o exame à vulvovaginites e não as lesões patológicas do colo uterino a que se propõe a rastrear o exame.

Em relação a mamografia, esta tem difícil acesso as pacientes da UBS, pois só é realizada em cidade vizinha e com vagas limitadas, o que leva as pacientes muitas vezes até a desistirem da marcação e abdicarem do exame, fato que preocupa. O exame de mamografia de rastreio é solicitado tanto pelo médico da equipe quanto pela enfermeira, entretanto a mamografia diagnóstica é solicitada apenas pelo médico. Os resultados demoram em média 15 dias após a realização do exame e o seguimento do tratamento quando necessário em pacientes com rastreio alterado também esbarra em dificuldades de marcação.

Nessa ação programática, os registros de dados estavam acessíveis em livro de registro específico destinado para tal, além de estar também no prontuário das pacientes. A avaliação desses dados também permitiu observar que menos da metade da população alvo para o rastreio realizou exame preventivo nos últimos 3 anos o que mascara o número de diagnóstico e subestima esta doença na população adstrita. Uma forma de melhorar esses números seria aumentar a busca ativa, realizar atividades de conscientização de grupos em locais fora da UBS como escolas e associações comunitárias, além de aumentar os dias de coleta do exame na UBS para todos os dias por semana e não restringi-los há apenas dois dias como são realizados até então.

Assim, como o CA de colo, o rastreio para CA de Mama apresenta uma cobertura ruim e até pior que a do preventivo do CA de colo, pelo fato de ser um exame não realizado na própria UBS, de difícil marcação, realizado em outro

município e de que a população alvo por ser já mais "idosa" utilizar também esse fator como empecilho para não realização do exame, muitas vezes desvalorizando-o. Então, já que a marcação demora e existe o problema também do deslocamento para realização do exame, o que resta a equipe seria melhorar a cobertura do exame clínico das mamas visando clinicamente rastrear alterações em tempo hábil de tratá-las e realizar trabalho de conscientização de população quando a importância de não desistir da fila de espera para realização do exame.

Passando a atenção aos hipertensos e diabéticos, apesar da grande prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM) na população coberta pela UBS, estas doenças crônico-degenerativas não apresentam boa cobertura e qualidade de acompanhamento na UBS, pois assim como os temas de saúde já relatados anteriormente, enfrentam dificuldade de adesão e conscientização da população.

Estimativamente pelos Cadernos de Ações Programáticas fornecidos pelo curso de especialização da UFPel, tem-se um índice de 18% de cobertura em relação a hipertensão e 14% em relação ao diabetes melitus.

DM e HAS por serem doenças muitas vezes silenciosas são deixadas de lado pelos usuários, não dadas a devida importância que merecem, sem adesão ao tratamento, o que culmina muitas vezes no diagnóstico tardio e em alguns casos até em eventos agudos que poderiam ter sido evitados. A maior dificuldade enfrentada pela equipe da UBS está em os pacientes aderirem ao tratamento proposto, em realizarem o seguimento e acompanhamento adequado após diagnosticados. Muitos deixam de tomar medicações por dizerem "não estar sentindo nada" e poucos se encaixam no tratamento não farmacológico.

O trabalho de atendimento a este grupo é realizado todos os dias da semana sob livre demanda, sem restrição de horários, pela enfermeira e médico da equipe, juntamente com técnico de enfermagem. Atividades educativas são realizadas semanalmente à respeito do tema juntamente com ajuda dos agentes comunitários de saúde na tentativa de melhorar a cobertura dessas doenças mas a não adesão dos usuários é grande. O Hiperdia encontra-se parado desde dezembro de 2013, face a mudança para o e-sus, o que dificulta mais ainda a reunião de dados a respeito do tema. Os poucos pacientes que realizam o seguimento possuem o cartão do hiperdia com o registro e agendamento de suas consultas e medicações em uso, mas é precário.

O registro de dados é precário e o programa Hiperdia encontra-se sem ser alimentado desde dezembro de 2013, restando para análise os registros escassos em prontuários muitas vezes incompletos e as poucas fichas de cadastro existentes. Não existe livro de registro específico para estes atendimentos e o número de pacientes cobertos e registrados no SIAB é muito aquém da realidade encontrada nesses poucos meses de trabalho, pois o número de hipertensos e diabéticos atendidos é elevado, estando os números subestimados nos escassos registros encontrados para análise.

A cobertura de hipertensos está ruim, com apenas 18% da estimativa de hipertensos sendo acompanhada adequadamente o que não quer dizer qualidade de atendimento ruim, quer dizer para mim uma dificuldade de organizar e realizar um seguimento adequado a gravidade do problema de saúde pública que é a HAS, pelas dificuldades já relatadas. Essa cobertura é subestimada pela precariedade do seguimento e registro.

Os indicadores da qualidade da atenção à HAS encontram-se péssimos, pois não há qualquer registro de realização de estratificação de risco cardiovascular clinicamente nos prontuários ou livro de registro, não há agendamento de consultas sendo total demanda espontaneamente atendida e com hiatos de medicações entre essas consultas por não haver uma organização neste atendimento. A avaliação da saúde bucal não há registro neste grupo específico, sendo registrados apenas eventos agudos de picos hipertensivos durante procedimentos ou suspensão dos mesmos por aqueles eventos. Nos poucos pacientes que possuem seguimento clínico estão bons apenas a parte de exames complementares, orientação nutricional e atividade física.

Para melhorar tal realidade, dever-se-ia primeiramente organizar a cobertura desses pacientes, com cadastramento e busca ativa pelos faltosos com ajuda dos agentes comunitários de saúde para tal. Em seguida intensificar grupos de reuniões e orientações com estes pacientes demonstrando-os coletivamente a importância do diagnóstico precoce, tratamento e seguimento adequado da HAS, inclusive com demonstração multimídia dos eventos agudos consequentes da HAS não controlada, para durante consulta individual de consultório reforçar e melhorar a adesão.

Em relação ao DM a situação é ainda pior, pois segundo os registros encontrados existem apenas 14% do estimado para a população adstrita, e o

número de atendimentos a pacientes diabéticos só nestes 2 meses de trabalho na UBS é bem maior do que o estimado nos registros, apresentando uma cobertura ruim, menor que a da HAS, o que também não quer dizer qualidade de atendimento ruim, quer dizer para mim uma dificuldade de organizar e engajar esses pacientes, sendo também essa cobertura subestimada pela precariedade do seguimento e registro.

A qualidade da atenção à DM está muito ruim, com os pacientes sem seguimento adequado, sem consultas de acompanhamento agendadas, sem registro de avaliação de risco cardiovascular, com precária investigação das sequelas que a doença impõe, como as microangiopatias que deprimem a qualidade de vida e muitas vezes mutilam estes pacientes. À exemplo da HAS, os poucos pacientes com registros, são seguidos apenas quanto a exames laboratoriais e orientações nutricionais e de atividades físicas.

O DM juntamente com a HAS são doenças crônicas que muitas vezes andam juntas e incidem sobre um grupo semelhante de usuários. Para melhorar essa ação programática primeiramente dever-se-ia organizar a cobertura desses pacientes, com cadastramento e busca ativa pelos faltosos com ajuda dos agentes comunitários de saúde para tal. Em seguida intensificar grupos de reuniões e orientações com estes pacientes demonstrando-os coletivamente a importância do diagnóstico precoce, tratamento e seguimento adequado do DM, inclusive com demonstração multimídia dos eventos agudos consequentes da doença não controlada, e especificamente neste grupo intensificar a busca pelas lesões em órgãos-alvo que a doença proporciona e que são os grandes desastres de falta de seguimento e acompanhamentos a serem evitados e tratados a tempo.

A saúde do idoso é bastante deficitária, os dados reunidos conseguidos foram precários. Não há registro específico para atendimento desse seguimento populacional e apesar de grande parte dos idosos acompanhados pela UBS possuírem a caderneta do idoso a mesma muitas vezes tem preenchimento incompleto ou encontra-se em branco. A população de idosos assistidos ultrapassa a estimativa do caderno de atenção programática, sendo o total de idosos adstritos de 390 e a estimativa pelo caderno de 340, demonstrando ser um município com maior número de idosos em relação à média.

Apesar do grande número de idosos, a cobertura assistencial à saúde desses é ruim, na maioria das vezes ocorrendo apenas restritamente aos casos de

hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e por livre demanda de atendimento aos casos agudos, sem nenhum programa voltado especificamente para essa população, sem registros específicos e sem preenchimento da caderneta do idoso.

O atendimento aos idosos poderia ser ampliado, não restringindo-se apenas ao atendimento para renovação de receitas de medicação de uso contínuo, HAS, DM e eventos agudos como é realizado atualmente, não por falta de interesse da equipe, mas pela resistência que a população da área tem em relação às atividades preventivas. Deveríamos reunir a equipe e discutir formas de engajar essa população, rastreá-los para malignidades conforme protocolos do ministério da saúde, criar grupos de idosos, realizar avaliação funcional dos mesmos na UBS durante atendimento, promover atividades em grupo na academia da saúde existente no município, preencher e exigir o cartão do idoso em cada atendimento realizado, aproximar o idoso de toda a equipe para um atendimento global inclusive com a saúde bucal, tentando desmistificar a ideia que muito deles carregam de que já estão no final da vida e tem que conviver com problemas de saúde.

Dado o vasto panorama de dificuldades relatado, restam os desafios a serem superados e a vontade de ajudar instigada pelo desejo de melhorar a qualidade da saúde dessa população. Os maiores desafios com certeza serão implementar as práticas preventivas numa população bastante resistente e habituada às ações curativistas, aliado ao limitado tempo que uma única ESF possui para atender tão vasta população no território, de maneira satisfatória a todos os usuários, melhorando as ações programáticas e a qualidade de saúde dos mesmos.

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

Num primeiro momento de contato com a UBS e ainda fazendo uma análise sem ajuda dos cadernos de ações programáticas fornecidos pelo curso de especialização, pude perceber agora que muitos detalhes passaram despercebidos, que apesar de conseguir enxergar que grupos específicos da atenção básica não estavam bem, como por exemplo, a cobertura a hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus, foi apenas com a adoção de uma análise mais minuciosa com base nas ferramentas disponibilizadas pelo curso que pudemos quantificar e

aproximar-se da real situação em que se encontram tais componentes da atenção básica.

Ainda tomando com exemplo a cobertura à HAS e o DM, naquele primeiro momento do texto inicial era possível identificar que havia um déficit nesse componente da atenção básica, mas só com a análise situacional foi que pudemos perceber que dentre os seus componentes este era o que encontrava-se pior em relação a todos os outros, exemplificando o que não era possível afirmar categoricamente naquele primeiro momento.

Comparativamente a primeira imagem criada no primeiro momento de chegada ao município, onde expus na atividade da segunda semana de curso a situação da ESF/APS em meu serviço, vejo hoje, com este relatório, que os problemas de saúde são bem mais amplos e complexos do que anteriormente acreditava, com minúcias que fazem a diferença e que existem pontos de maior necessidade e impacto para melhorias na saúde da população adstrita, que se tornaram o desafio a ser explorado a partir de agora.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2008).

A HAS é uma condição clínica multifatorial com alta prevalência e baixas taxas de controle caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais além de estar na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis, sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013a). O DM é um transtorno metabólico, que vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e consequências cardiovasculares e cerebrovasculares que produz, apesar das evidências demonstrarem que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por tais complicações. Juntamente com a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renais crônicas submetidas à diálise (BRASIL, 2013b).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vera Mendes - PI, é a única existente no município e responsável por suprir toda a demanda de saúde local. Relativamente nova, em funcionamento há apenas 3 anos, conta com uma boa estrutura física com três consultórios e demais dependências adequados a um bom

atendimento, equipamentos e insumos essenciais disponíveis, entretanto conta com uma única equipe de saúde da família (ESF), composta por médico, enfermeira, 3 técnicas de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde e instalada para uma população adstrita de aproximadamente 3200 usuários.

O fato de contar com apenas essa ESF dificulta o trabalho por sobredemanda. Reflexo disto é a dificuldade de execução de ações programáticas em detrimento da demanda espontânea, implicando baixos índices de adesão e cobertura em eixos essenciais como a HAS e o DM, temas deste projeto.

Chama atenção a população alvo deste projeto de intervenção, os hipertensos e diabéticos com idade superior aos 20 anos, que estimativamente pelos cadernos de ações programáticas fornecidos pelo curso somam 642 e 183 respectivamente na população adstrita, com apenas 18% e 14% destes envolvidos e cadastrados no atendimento ao programa Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica desenvolvido na UBS, sendo o pior componente da atenção básica identificado após a análise situacional. Diariamente é disponibilizado atendimento pela ESF, mas a adesão dos usuários é baixa e os eventos agudos por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares são frequentes nos atendimentos diários, porém sem dados concretos de registro, precisando urgentemente melhorar essa ação programática, visto que atualmente o atendimento a estas patologias resume-se a prescrições de medicamentos e solicitação de exames laboratoriais sem controle periódico, com muito pouca exploração da parte preventivo-educativa.

As limitações e dificuldades são grandes, principalmente pela grande parte da população ser moradora da zona rural e o deslocamento a UBS ser comprometido por vias de acesso e transporte, entretanto os 8 agentes comunitários de saúde da ESF juntamente com a equipe engajaram-se à causa.

Nesse contexto, reflete-se a importância de uma intervenção no tema, implementando o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área, o que não é realizado desde 2013, para posteriormente realizar o acompanhamento regular de todos esses pacientes, engajando a equipe e a comunidade na ação programática, buscando reduzir a morbimortalidade que a HAS e o DM trazem por déficit dessas ações.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Vera Mendes - PI.

2.2.2 Objetivos específicos

- 1- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Vera Mendes-PI.
- 2- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Vera Mendes-PI.
- 3- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa na UBS de Vera Mendes-PI.
- 4- Melhorar o registro das informações dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na UBS de Vera Mendes-PI.
- 5- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular atendidos na UBS de Vera Mendes-PI.
- 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos atendidos na UBS de Vera Mendes-PI.

2.2.3 Metas

Partindo dos objetivos acima, é proposto as seguintes para a intervenção:

Para o objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, as metas são:

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da USF de Vera Mendes.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da USF de Vera Mendes.

Para o objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, as metas são:

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos atendidos na USF de Vera Mendes.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos atendidos na USF de Vera Mendes.

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

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos cobertos pela ESF de Vera Mendes 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 UBS de Vera Mendes.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS de Vera Mendes.

Para o objetivo 3: melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, as metas são:

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.

Para o objetivo 4: melhorar o registro das informações, as metas são:

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.

Para o objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, as metas são:

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS;

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS;

Para o 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

Trata-se de uma intervenção por 12 semanas consecutivas, que incluirá todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF de Vera Mendes, situada na zona urbana do município de Vera Mendes/PI.

A ação se desenvolverá diariamente por meio da intervenção nos atendimentos a HAS e DM, de forma que todos os portadores destas patologias passem a ser atendidos integralmente e ao mesmo tempo integrem-se ao serviço. As ações a serem realizadas neste projeto, serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

A pesquisa ocorrerá diariamente também nesses atendimentos por meio do registro desses em ficha espelho (Anexo A) e em planilha de coleta de dados para registro das ações (Anexo B) que gerarão gráficos para análises da intervenção.

Para a realização e sucesso deste projeto, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe multidisciplinar da USF de Vera Mendes, pois a intervenção respeitará a universalidade e integralidade como princípios do SUS.

2.3.1 Ações

A seguir estão apresentadas as ações planejadas e com detalhamento à serem desenvolvidas de acordo com as metas do projeto e organizadas por eixo pedagógico.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Vera Mendes - PI.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

- Ações:

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Detalhamento: O monitoramento será realizado por meio das fichas de cadastro do HIPERDIA que deverão estar anexadas a todos os prontuários dos pacientes hipertensos, para que possam ser coletados dados para as fichas-espelho e planilha de coleta de dados da intervenção (anexos desse projeto). O processo de monitoramento será contínuo durante toda a intervenção a fim de aperfeiçoar o programa e gerar subsídios para uma avaliação do mesmo. Para tal, diariamente serão cadastrados novos usuários no programa e automaticamente passarão juntamente com os já cadastrados a serem monitorados.

Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Detalhamento: Os pacientes que tiverem seus cadastros do HIPERDIA realizados diariamente na UBS durante os atendimentos serão inclusos no registro de dados do programa pela secretaria de saúde do município conforme acertado com gestor municipal, uma vez que é o local que possui acesso a internet e no qual é possível realizar tal registro.

- Melhorar o atendimento aos portadores de HAS.
 - Detalhamento: Os pacientes portadores de HAS passarão a ser monitorados por toda ESF e terão acompanhamento tanto em relação às ações curativas (prescrição de medicamentos), quanto em relação as atividades preventivas/educativas, o que antes não acontecia.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da PA.
 - Detalhamento: Contato com o gestor municipal de forma que ele garanta a aquisição e manutenção permanente de esfignomanômetros, manguitos, fitas métricas essenciais ao atendimento diário.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
 - Detalhamento: Os ACS durante as visitas domiciliares informarão a população visitada de suas respectivas áreas a existência do do programa e a que se destina o mesmo. Tal ação será realizada também pelas técnicas de enfermagem no acolhimento dos pacientes na unidade, na sala de espera de forma coletiva e durante as consultas com médico e enfermeira da equipe, mesmo que estas sejam para outros problemas de saúde.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
 - Detalhamento: 3 Palestras educativas serão realizadas pela ESF em ambientes coletivos fora da UBS durante as semanas de intervenção orientando a população sobre os fatores de risco para HAS e DM. Diariamente serão realizadas também orientações coletivas pelos ACS nas suas visitas domiciliares, pelos técnicos de enfermagem no acolhimento e sala de espera da UBS e pelo médico e enfermeira durante as consultas.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a PA anualmente a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada > 135/80mmHg.
- Detalhamento: Os ACS durante as visitas domiciliares informarão a população visitada de suas respectivas áreas e a ESF diariamente em suas atividades no posto de saúde informarão sobre a importância do diagnóstico precoce da HAS e do DM e para tal informarão aos mesmos que todos devem ao menos anualmente aferir a PA e aos que apresentam PA alterada sustentada, de rastrear DM anualmente por meio de glicemia de jejum.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Detalhamento: na primeira semana da intervenção os ACS serão capacitados pelo médico e enfermeira da ESF de quando e como proceder no cadastramento dos novos pacientes hipertensos e diabéticos de suas respectivas áreas e encaminha-los para o programa.
- Capacitar a ESF para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito.
- Detalhamento: na primeira semana da intervenção a ESF se reunirá e passará a tratar de como realizar corretamente e criteriosamente a aferição de PA, respeitando o tempo de repouso para aferição e posicionamento e ajuste do manguito.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Ações:

Monitoramento e Avaliação

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

- Detalhamento: O monitoramento será realizado por meio das fichas de cadastro do HIPERDIA que deverão estar anexadas a todos os prontuários dos pacientes hipertensos e diabéticos, para que possam ser coletados dados para as fichas-espelho e planilha de coleta de dados da intervenção (anexos desse projeto). O processo de monitoramento será contínuo durante toda a intervenção a fim de aperfeiçoar o programa e gerar subsídios para uma avaliação do mesmo. Para tal diariamente serão cadastrados novos usuários no programa e automaticamente passarão juntamente com os já cadastrados a serem monitorados.

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
 - Detalhamento: Os pacientes que tiverem seus cadastros do HIPERDIA realizados diariamente na UBS durante os atendimentos serão inclusos no registro de dados do programa pela secretaria de saúde do município conforme acertado com gestor municipal, uma vez que é o local que possui acesso a internet e no qual é possível realizar tal registro.
- Melhorar o atendimento aos portadores de DM.
 - Detalhamento: Os pacientes portadores de DM passarão a ser monitorados por toda ESF e terão acompanhamento tanto em relação às ações curativas (prescrição de medicamentos), quanto em relação as atividades preventivas/educativas, o que antes não acontecia.
- Garantir material adequado para a realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.
 - Detalhamento: Contato com o gestor municipal de forma que ele garanta a aquisição e manutenção permanente de glicosímetros, fitas teste para o glicosímetro em quantidade suficiente e essenciais ao atendimento diário.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Detalhamento: Os ACS durante as visitas domiciliares informarão a população visitada de suas respectivas áreas a existência do programa e a que se destina o mesmo. Tal ação será realizada também pelas técnicas de enfermagem no acolhimento dos pacientes na unidade, na sala de espera de forma coletiva e durante as consultas com médico e enfermeira da equipe, mesmo que estas sejam para outros problemas de saúde.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Detalhamento: 3 Palestras educativas serão realizadas pela ESF em ambientes coletivos fora da UBS durante as semanas de intervenção orientando a população sobre os fatores de risco para HAS e DM. Diariamente serão realizadas também orientações coletivas pelos ACS nas suas visitas domiciliares, pelos técnicos de enfermagem no acolhimento e sala de espera da UBS e pelo médico e enfermeira durante as consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a PA anualmente a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada > 135/80mmHg.
- Detalhamento: Os ACS durante as visitas domiciliares informarão a população visitada de suas respectivas áreas e a ESF diariamente em suas atividades no posto de saúde informarão sobre a importância do diagnóstico precoce da HAS e do DM e para tal informarão aos mesmos que todos devem ao menos anualmente aferir a PA e aos que apresentam PA alterada sustentada de rastrear DM anualmente por meio de glicemia de jejum.

Qualificação da Prática Clínica

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

- Detalhamento: na primeira semana da intervenção os ACS serão capacitados pelo médico e enfermeira da ESF de quando e como proceder no cadastramento dos novos pacientes diabéticos de suas respectivas áreas e encaminha-los para o programa.
- Capacitar a ESF para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg..
- Detalhamento: na primeira semana da intervenção a ESF se reunirá e passará a tratar de como realizar corretamente o hemoglicoteste e de quando há indicações para realizá-lo.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Vera Mendes - PI.

Meta2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

- Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.
- Detalhamento: Avaliar e registrar na ficha espelho da intervenção e planilha de coleta de dados a realização de exame clínico apropriados aos hipertensos durante consulta médica, com avaliação cardiovascular completa.

Organização e Gestão do Serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.
- Detalhamento: Durante reunião de capacitação da equipe para o atendimento do Programa de intervenção, definir que o médico será responsável pelo exame clínico do paciente, que a equipe de enfermagem realizará pesagens, medidas de altura, aferições de PA e glicemias capilares.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Detalhamento: Solicitar ao gestor municipal que os cadernos de atenção básica números 36 e 37 que corresponde ao protocolo de atendimento a HAS esteja disponível em local acessível a toda ESF na unidade, e que se não houver em versão gráfica já disponível, que realize a impressão do mesmo.

Engajamento Público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Detalhamento: Realizar orientações pela ESF nas 3 palestras previstas em ambientes comunitários quanto a magnitude das doenças cardiovasculares, orientado quanto as formas de preveni-las e importância de serem rastreadas a tempo. A mesma orientação será dada na sala de espera da UBS pela enfermagem e pelo médico durante as consultas individuais.

Qualificação de Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Detalhamento: De posse dos cadernos de atenção básica de HAS DM que é o protocolo para essa intervenção, todos os membros da ESF deverão ler o material para que seja realizada uma capacitação com discussões a respeito do tema e capacitação da equipe na primeira semana da intervenção em reunião para tal, além de mensalmente realizarmos uma reunião com toda ESF para atualização no tema.

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

- Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.
 - Detalhamento: Avaliar e registrar na ficha espelho da intervenção (anexo) e planilha de coleta de dados a realização de exame clínico apropriados aos diabéticos durante consulta médica, com avaliação cardiovascular completa e de extremidades.

Organização e Gestão do Serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.
 - Detalhamento: Durante reunião de capacitação da equipe para o atendimento do HIPERDIA, definir que o médico será responsável pelo exame clínico do paciente, que a equipe de enfermagem realizará pesagens, medidas de altura, aferições de PA e glicemias capilares.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
 - Detalhamento: Solicitar ao gestor municipal que o caderno de atenção básica números 37, de 2013, que corresponde ao protocolo de atendimento a DM esteja disponível em local acessível a toda ESF na unidade, e que se não houver em versão gráfica já disponível que realize a impressão do mesmo.

Engajamento Público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
 - Detalhamento: Realizar orientações pela ESF nas 3 palestras previstas em ambientes comunitários quanto a magnitude das doenças cardiovasculares, orientado quanto as formas de preveni-las e importância de serem rastreadas a tempo. A mesma

orientação será dada na sala de espera da UBS pela enfermagem e pelo médico durante as consultas individuais.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Detalhamento: De posse dos cadernos de atenção básica de HAS DM que é o protocolo para essa intervenção, todos os membros da ESF deverão ler o material para que seja realizada uma capacitação com discussões a respeito do tema e capacitação da equipe na primeira semana da intervenção em reunião para tal, além de mensalmente realizarmos uma reunião com toda ESF para atualização no tema.

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

- Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Detalhamento: Médico e enfermeira acompanharem por meio dos prontuários e fichas espelho da intervenção a periodicidade da realização de exames laboratoriais, identificando os que estão com exames atrasados e organizando com a equipe de coleta o atendimento prioritário a esses pacientes, sem, no entanto comprometer os demais usuários. E aos pacientes que estão em dias, informando-os a periodicidade e importância que devem realizá-los

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Detalhamento: Os pacientes do programa terão livre acesso a marcação de exames complementares conforme protocolo, sem necessidade de reagendamentos, garantido por meio de compromisso do gestor municipal com a ESF e o HIPERDIA.

Engajamento Público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados.
- Detalhamento: Realizar orientações pela ESF nas 3 palestras previstas em ambientes comunitários quanto a magnitude das doenças cardiovasculares. Orientá-los na mesma oportunidade ainda quanto à necessidade de realização de exames laboratoriais e periodicidade com que os mesmos devem ser realizados. A mesma orientação será dada na sala de espera da UBS pela enfermagem e pelo médico durante as consultas individuais.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
 - Detalhamento: De posse dos cadernos de atenção básica de HAS e DM que são os protocolos para essa intervenção, todos os membros da ESF deverão ler o material para que seja realizada uma capacitação com discussões a respeito do tema e capacitação da equipe na primeira semana da intervenção em reunião para tal, além de mensalmente realizarmos uma reunião com toda ESF para atualização no tema.

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

- Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Detalhamento: Médico e enfermeira acompanhar por meio dos prontuários e fichas espelho da intervenção a periodicidade da realização de exames laboratoriais, identificando os que estão com exames atrasados e organizando com a equipe de coleta o

atendimento prioritário a esses pacientes, sem, no entanto comprometer os demais usuários. E aos pacientes que estão em dias, informando-os a periodicidade e importância que devem realizá-los.

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Detalhamento: Os pacientes do programa terão livre acesso a marcação de exames complementares conforme protocolo, sem necessidade de reagendamentos, garantido por meio de compromisso do gestor municipal com a ESF e o HIPERDIA.

Engajamento Público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados.
- Detalhamento: Realizar orientações pela ESF nas 3 palestras previstas em ambientes comunitários quanto a magnitude das doenças cardiovasculares. Orienta-los na mesma oportunidade ainda quanto a necessidade de realização de exames laboratoriais e periodicidade com que os mesmos devem ser realizados. A mesma orientação será dada na sala de esperada da UBS pela enfermagem e pelo médico durante as consultas individuais.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
 - Detalhamento: De posse dos cadernos de atenção básica de HAS e DM que são os protocolos para essa intervenção, todos os membros da ESF deverão ler o material para que seja realizada uma capacitação com discussões a respeito do tema e capacitação da equipe na primeira semana da intervenção em

reunião para tal, além de mensalmente realizarmos uma reunião com toda ESF para atualização no tema.

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

– Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
 - Detalhamento: Durante consultas com médico e enfermeira identificar os medicamentos em uso pelos pacientes hipertensos e diabéticos, averiguando se os mesmos fazem parte da farmácia popular/hiperdia e registrando nos prontuários e fichas espelho a fim de que possam ser priorizados em consulta médica os fármacos disponíveis pelo programa. A técnica de enfermagem que realiza a entrega de medicações na farmácia da USB, deve identificar os pacientes que chegam com prescrições de medicações que não fazem parte do programa e encaminhá-los para consulta médica para que adequem-se as prescrições do mesmo.

Organização e Gestão do Serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
 - Detalhamento: Mensalmente a técnica de enfermagem deverá realizar o controle do estoque de medicamentos da farmácia popular/hiperdia, identificando a tempo baixas no estoque e medicações próximas da validade para que não se percam medicações nem as deixem faltar, gerando relatório de estoque a ser enviado ao gestor municipal.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
 - Detalhamento: Conforme prontuários e fichas espelho do HIPERDIA, serão registrados no livro de dispensação de medicações da farmácia a necessidade mensal de medicamentos

para estes pacientes para que quando for haver mensalmente as compras, estas estejam dentro das reais necessidades.

Engajamento Público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Detalhamento: Realizar orientações a todos os usuários em ambientes coletivos como a sala de espera da UBS a respeito de que possuem o direito de retirarem gratuitamente os remédios para tratarem HAS e DM, tanto na farmácia da UBS quanto em drogarias participantes do programa farmácia popular de forma que não deixem faltar medicação, mas para isso devem realizar consultas com médico pelo menos a cada 3 meses e levarem seus documentos para cadastro e receita médica. Tal orientação também será dada pelo médico e enfermeira durante as consultas.

Qualificação de Prática Clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Detalhamento: De posse dos cadernos de atenção básica de HAS e DM que são os protocolos para essa intervenção, todos os membros da ESF deverão ler o material para que seja realizada uma capacitação com discussões a respeito do tema e capacitação da equipe na primeira semana da intervenção em reunião para tal, além de mensalmente realizarmos uma reunião com toda ESF para atualização no tema.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Detalhamento: Capacitar a ESF através da discussão do programa Farmácia Popular/HIPERDIA para que os mesmos possam passar orientações sólidas e precisas a respeito do tema a população quando solicitado e na rotina de atendimentos diária.

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

– Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Detalhamento: Durante consultas com médico e enfermeira identificar os medicamentos em uso pelos pacientes hipertensos e diabéticos, averiguando se os mesmos fazem parte da farmácia popular/hiperdia e registrando nos prontuários e fichas espelho a fim de que possam ser priorizados em consulta médica os fármacos disponíveis pelo programa. A técnica de enfermagem que realiza a entrega de medicações na farmácia da USB, deve identificar os pacientes que chegam com prescrições de medicações que não fazem parte do programa e encaminhá-los para consulta médica para que adequem-se as prescrições do mesmo.

Organização e Gestão do Serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Detalhamento: Mensalmente a técnica de enfermagem deverá realizar o controle do estoque de medicamentos da farmácia popular/hiperdia, identificando a tempo, baixas no estoque e medicações próximas da validade para que não se percam medicações nem as deixem faltar, gerando relatório de estoque a ser enviado ao gestor municipal.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Detalhamento: Conforme prontuários e fichas espelho do Programa de Intervenção, serão registrados no livro de dispensação de medicações da farmácia a necessidade mensal de medicamentos para estes pacientes para que quando for haver mensalmente as compras, estas estejam dentro das reais necessidades.

Engajamento Público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Detalhamento: Realizar orientações a todos os usuários em ambientes coletivos como a sala de espera da UBS a respeito de que possuem o direito de retirarem gratuitamente os remédios para tratarem HAS e DM, tanto na farmácia da UBS quanto em drogarias participantes do programa farmácia popular de forma que não deixem faltar medicação, mas para isso devem realizar consultas com médico pelo menos a cada 3 meses e levarem seus documentos para cadastro e receita médica. Tal orientação também será dada pelo médico e enfermeira durante as consultas.

Qualificação da Prática Clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Detalhamento: De posse dos cadernos de atenção básica de HAS e DM que são os protocolos para essa intervenção, todos os membros da ESF deverão ler o material para que seja realizada uma capacitação com discussões a respeito do tema e capacitação da equipe na primeira semana da intervenção em reunião para tal, além de mensalmente realizarmos uma reunião com toda ESF para atualização no tema.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Detalhamento: Capacitar a ESF através da discussão do programa Farmácia Popular/HIPERDIA para que os mesmos possam passar orientações sólidas e precisas a respeito do tema a população quando solicitado e na rotina de atendimentos diária.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA na UBS de Vera Mendes - PI.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Detalhamento: Acompanhar juntamente com a enfermeira e semanalmente por meio do registro do Programa de intervenção, da ficha espelho e da planilha de coleta de dados a frequência dos pacientes as consultas do programa, identificando precocemente os faltosos para que seja mantida o bom funcionamento do programa.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Detalhamento: A partir do monitoramento semanal realizado pelo médico e enfermeira, serão identificados os faltosos e repassados aos ACSs para que os mesmo realizem busca ativa a estes pacientes investigando os motivos das faltas para propor medidas para reintegra-los a periodicidade do programa.

Engajamento Público

- Esclarecer aos portadores de HAS e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Detalhamento: Informar nas atividades coletivas desenvolvidas pela ESF e a cada consulta médica ou de enfermagem, além das visitas domiciliares pelos ACSs a periodicidade para a realização de consultas.

Qualificação da Prática Clínica

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Detalhamento: Durante a atividade prevista de capacitação, os ACSs serão treinados pelo medico da ESF quanto a orientação a

ser transmitida nas suas visitas domiciliares a hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Detalhamento: Acompanhar juntamente com a enfermeira e semanalmente por meio do registro do Programa de Intervenção, da ficha espelho e da planilha de coleta de dados a frequência dos pacientes às consultas do programa, identificando precocemente os faltosos para que seja mantido o bom funcionamento do programa.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Detalhamento: A partir do monitoramento semanal realizado pelo médico e enfermeira, serão identificados os faltosos e repassados aos ACSs para que os mesmo realizem busca ativa a estes pacientes investigando os motivos das faltas para propor medidas para reintegrá-los a periodicidade do programa.

Engajamento Público

- Esclarecer aos portadores de DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Detalhamento: Informar nas atividades coletivas desenvolvidas pela ESF e a cada consulta médica ou de enfermagem, além das visitas domiciliares pelos ACSs a periodicidade para a realização de consultas.

Qualificação da Prática Clínica

- Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
 - Detalhamento: Durante a atividade prevista de capacitação, os ACSs serão treinados pelo médico da ESF quanto a orientação a ser transmitida nas suas visitas domiciliares a hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na UBS de Vera Mendes - PI.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
 - Detalhamento: Semanalmente o médico da equipe realizará o monitoramento das fichas espelho e planilha de coleta de dados com os registros dos HIPERDIA a fim de avaliar a qualidade dos registros.

Organização e Gestão do Serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento e definir responsável pelo monitoramento registros.
 - Detalhamento: Será implantado para a intervenção uma ficha espelho de registro de dados e uma planilha para coleta dos dados, que semanalmente servirão de base para atualização do SIAB e durante a capacitação será definido qual membro da ESF fará esse monitoramento.

Engajamento Público

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

- Todos os usuários serão orientados quanto à importância e o direito que possuem de manter seus dados adequadamente registrados que possuem acesso a segunda via dos seus registros quando necessário. Tal orientação ocorrerá diariamente pela enfermagem na sala de espera da unidade e pelo médico e enfermeira no consultório.

Qualificação da Prática Clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.
- Detalhamento: A ESF reunir-se-á para capacitação na primeira semana da intervenção e na oportunidade serão apresentados os formulários de registros e realizados as devidas orientações de como proceder no preenchimento dos mesmos.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
- Detalhamento: Semanalmente o médico da equipe realizará o monitoramento das fichas espelho e planilha de coleta de dados com os registros dos HIPERDIA a fim de avaliar a qualidade dos registros.

Organização e Gestão do Serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento e definir responsável pelo monitoramento registros.
- Detalhamento: Será implantado para a intervenção uma ficha espelho de registro de dados e uma planilha para coleta dos dados, que semanalmente servirão de base para atualização do SIAB e durante a capacitação será definido qual membro da ESF fará esse monitoramento.

Engajamento Público

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Todos os usuários serão orientados quanto à importância e o direito que possuem de manter seus dados adequadamente registrados que possuem acesso a segunda via dos seus registros quando necessário. Tal orientação ocorrerá diariamente pela enfermagem na sala de espera da unidade e pelo médico e enfermeira no consultório.

Qualificação da Prática Clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Detalhamento: A ESF reunir-se-á para capacitação na primeira semana da intervenção e na oportunidade serão apresentados os formulários de registros e realizados as devidas orientações de como proceder no preenchimento dos mesmos.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular atendidos na UBS de Vera Mendes - PI.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Detalhamento: Por meio dos registros no prontuário e na ficha espelho da intervenção o médico identificará os pacientes que não realizaram ainda estratificação de risco cardiovascular anual e procederá na mesma. Tal identificação poderá ser realizada também durante as consultas de enfermagem e referenciados os pacientes para que o médico realize a estratificação.

Organização e Gestão do Serviço

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Detalhamento: Pacientes hipertensos e/ou diabéticos classificados como de alto risco terão portas abertas no serviço, sendo atendidos no mesmo turno de chegada ao posto, além de terem prioridade na realização de exames complementares.

Engajamento Público

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Detalhamento: Informar a todos os pacientes hipertensos durante as consultas e as atividades coletivas previstas na intervenção a importância de controlar os fatores de risco modificáveis, enfatizando que são essenciais para a melhora da sobrevida e controle de suas patologias.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Detalhamento: Durante a reunião de capacitação com a equipe será apresentado o escore de risco cardiovascular adotado na intervenção e realizado capacitação de toda a ESF a respeito do mesmo, visto que é previsível de com ele identificarmos risco de evento cardiovascular agudo e a importância de intervenção a tempo.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Detalhamento: Por meio dos registros no prontuário e na ficha espelho da intervenção o médico identificara os pacientes que não

realizaram ainda estratificação de risco cardiovascular anual e procederá na mesma. Tal identificação poderá ser realizada também durante as consultas de enfermagem e referenciados os pacientes para que o médico realiza a estratificação.

Organização e Gestão do Serviço

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Detalhamento: Pacientes hipertensos e/ou diabéticos classificados como de alto risco terão portas abertas no serviço, sendo atendidos no mesmo turno de chegada ao posto, além de terem prioridade na realização de exames complementares.

Engajamento Público

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Detalhamento: Informar a todos os pacientes hipertensos e diabéticos durante as consultas e as atividades coletivas previstas na intervenção a importância de controlar os fatores de risco modificáveis, enfatizando que são essenciais para a melhora da sobrevida e controle de suas patologias.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Detalhamento: Durante a reunião de capacitação com a equipe será apresentado o escore de risco cardiovascular adotado na intervenção e realizado capacitação de toda a ESF a respeito do mesmo, visto que é previsível de com ele identificarmos risco de evento cardiovascular agudo e a importância de intervenção a tempo.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos atendidos na UBS de Vera Mendes - PI.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Detalhamento: O médico da ESF juntamente com a enfermeira realizará a checagem nos registros de atendimentos sobre essas orientações e a enfermeira será responsável por monitorar as técnicas de enfermagem e os ACSs sobre essa prática.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável aos hipertensos.
- Detalhamento: serão organizadas 3 atividades extra unidade em ambientes comunitários onde serão realizadas orientações práticas sobre alimentação saudável assim como semanalmente na própria unidade de saúde a ESF organizará pequenas palestras a respeito com todos os presentes, enfatizando o grupo do HIPERDIA.

Engajamento Público

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Detalhamento: nas 3 atividades extra unidade que serão realizadas, solicitaremos apoio da nutricionista do NASF e faremos juntos orientações sobre a importância da alimentação saudável no controle da HAS. Estas orientações irão se estender a todas as consultas realizadas na própria unidade de saúde e a ambientes coletivos desta durante a espera pelos atendimentos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Detalhamento: na semana inicial da intervenção será discutido e debatido com toda a ESF os dois cadernos de atenção básica que

norteiam esse projeto de intervenção de forma que seja realizado uma capacitação abrangente de todos os fatores que abrangem o tratamento de sucesso da HAS.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.
- Detalhamento: O médico da ESF juntamente com a enfermeira realizará a checagem nos registros de atendimentos sobre essas orientações e a enfermeira será responsável por monitorar as técnicas de enfermagem e os ACSs sobre essa pratica.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável aos diabéticos.
- Detalhamento: serão organizadas 3 atividades extra unidade em ambientes comunitários onde serão realizados orientações praticas sobre alimentação saudável assim como semanalmente na própria unidade de saúde a ESF organizará pequenas palestras a respeito com todos os presentes, enfatizando o grupo do Programa de intervenção.

Engajamento Público

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Detalhamento: nas 3 atividades extra unidade que serão realizadas, solicitaremos apoio da nutricionista do NASF e faremos juntos orientações sobre a importância da alimentação saudável no controle do DM. Estas orientações irão se estender a todas as

consultas realizadas na própria unidade de saúde e a ambientes coletivos desta durante a espera pelos atendimentos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Detalhamento: na semana inicial da intervenção será discutido e debatido com toda a ESF os dois cadernos de atenção básica que norteiam esse projeto de intervenção de forma que seja realizado uma capacitação abrangente de todos os fatores que abrangem o tratamento de sucesso da HAS.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Detalhamento: O médico da ESF juntamente com a enfermeira realizará a checagem nos registros de atendimentos sobre essa orientação e a enfermeira será responsável por monitorar as técnicas de enfermagem e os ACSs sobre essa pratica.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física os pacientes hipertensos.
- Detalhamento: serão organizadas 3 atividades extra unidade em ambientes comunitários onde serão realizados orientações praticas sobre a importância da atividade física regular assim como semanalmente na própria unidade de saúde a ESF organizará pequenas palestras a respeito com todos os presentes, enfatizando o grupo do HIPERDIA.

Engajamento Público

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.
 - Detalhamento: nas 3 atividades extra unidade que serão realizadas faremos orientações sobre a importância da atividade física no controle da HAS. Estas orientações irão se estender a todas as consultas realizadas na própria unidade de saúde e a ambientes coletivos desta durante a espera pelos atendimentos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular do paciente hipertenso.
 - Detalhamento: na semana inicial da intervenção será discutido e debatido com toda a ESF os dois cadernos de atenção básica que norteiam esse projeto de intervenção de forma que seja realizado uma capacitação abrangente de todos os fatores que aragem o tratamento de sucesso da HAS.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
 - Detalhamento: O médico da ESF juntamente com a enfermeira realizará a checagem nos registros de atendimentos sobre essa orientação e a enfermeira será responsável por monitorar as técnicas de enfermagem e os ACSs sobre essa prática.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física os pacientes diabéticos.
 - Detalhamento: serão organizadas 3 atividades extra unidade em ambientes comunitários onde serão realizadas orientações praticas sobre a importância da atividade física regular assim como

semanalmente na própria unidade de saúde a ESF organizará pequenas palestras a respeito com todos os presentes, enfatizando o grupo de Hipertensos e Diabéticos.

Engajamento Público

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Detalhamento: nas 3 atividades extra unidade que serão realizadas faremos orientações sobre a importância da atividade física no controle do DM. Estas orientações irão se estender a todas as consultas realizadas na própria unidade de saúde e a ambientes coletivos desta durante a espera pelos atendimentos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular do paciente diabético.
- Detalhamento: na semana inicial da intervenção será discutido e debatido com toda a ESF os dois cadernos de atenção básica que norteiam esse projeto de intervenção de forma que seja realizado uma capacitação abrangente de todos os fatores que aragem o tratamento de sucesso da HAS.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo e aos hipertensos.
- Detalhamento: O médico da ESF juntamente com a enfermeira realizará a checagem nos registros de atendimentos sobre essas orientações e a enfermeira será responsável por monitorar as técnicas de enfermagem e os ACSs sobre essas praticas.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas sobre riscos do tabagismo e meios de abandono do mesmo com os pacientes hipertensos.
- Detalhamento: serão organizadas 3 atividades extra unidade em ambientes comunitários onde serão realizadas orientações práticas sobre esse tema bem como semanalmente na própria unidade de saúde a ESF organizará pequenas palestras a respeito com todos os presentes, enfatizando o grupo do Programa de intervenção.

Engajamento Público

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Detalhamento: nas 3 atividades extra unidade que serão realizadas faremos orientações sobre a importância da cessação do tabagismo no controle da HAS. O médico da ESF exporá as medidas disponíveis de abandono do tabagismo. Estas orientações irão se estender a todas as consultas realizadas por ele e pela enfermeira na própria unidade de saúde e a ambientes coletivos desta durante a espera pelos atendimentos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas para o tratamento de pacientes tabagistas do paciente hipertenso.
- Detalhamento: na semana inicial da intervenção será discutido e debatido com toda a ESF os dois cadernos de atenção básica que norteiam esse projeto de intervenção de forma que seja realizado uma capacitação abrangente de todos os fatores que aragem o tratamento de sucesso da HAS.

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

Monitoramento e Avaliação

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

- Detalhamento: O médico da ESF juntamente com a enfermeira realizará a checagem nos registros de atendimentos sobre essas orientações e a enfermeira será responsável por monitorar as técnicas de enfermagem e os ACSs sobre essas práticas.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas sobre riscos do tabagismo e meios de abandono do mesmo com os pacientes diabéticos.
- Detalhamento: serão organizadas 3 atividades extra unidade em ambientes comunitários onde serão realizadas orientações práticas sobre esse tema bem como semanalmente na própria unidade de saúde a ESF organizará pequenas palestras a respeito com todos os presentes, enfatizando o grupo do Programa de intervenção.

Engajamento Público

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Detalhamento: nas 3 atividades extra unidade que serão realizadas faremos orientações sobre a importância da cessação do tabagismo no controle do DM. O médico da ESF exporá as medidas disponíveis de abandono do tabagismo. Estas orientações irão se estender a todas as consultas realizadas por ele e pela enfermeira na própria unidade de saúde e a ambientes coletivos desta durante a espera pelos atendimentos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas para o tratamento de pacientes tabagistas do paciente diabético.
- Detalhamento: na semana inicial da intervenção será discutido e debatido com toda a ESF os dois cadernos de atenção básica que norteiam esse projeto de intervenção de forma que seja realizado uma capacitação abrangente de todos os fatores que abrangem o tratamento de sucesso do DM.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Detalhamento: O médico da ESF juntamente com a enfermeira realizará a checagem nos registros de atendimentos sobre essas orientações e a enfermeira será responsável por monitorar as técnicas de enfermagem e os ACSs sobre essas práticas.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas sobre orientação a saúde bucal com os pacientes hipertensos.
- Detalhamento: serão organizadas 3 atividades extra unidade em ambientes comunitários onde serão realizados orientações praticas sobre esses temas em como semanalmente a própria unidade de saúde a ESF organizará pequenas palestras a respeito com todos os presentes, enfatizando o grupo do Programa de intervenção.
- Garantir orientação de saúde bucal a todos os pacientes hipertensos durante consultas.
- Detalhamento: Durante as consultas médicas serão realizados orientações sobre saúde bucal e da relação da HAS com doenças periodontais. Orientações a este respeito também serão realizadas em ambientes coletivos da unidade por toda ESF.

Engajamento Público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Detalhamento: A ESF buscará contato com líderes comunitários, padres, pastores, presidentes de associações a fim de reforçar as ações de promoção a saúde aproximando a população cada vez mais da ESF.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para a orientação de saúde bucal do paciente hipertenso.
- Detalhamento: na semana inicial da intervenção será discutido e debatido com toda a ESF os dois cadernos de atenção básica que norteiam esse projeto de intervenção de forma que seja realizado uma capacitação abrangente de todos os fatores que aragem o tratamento de sucesso da HAS.

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.
- Detalhamento: O médico da ESF juntamente com a enfermeira realizará a checagem nos registros de atendimentos sobre essas orientações e a enfermeira será responsável por monitorar as técnicas de enfermagem e os ACSs sobre essas práticas.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas sobre orientação a saúde bucal com os pacientes diabéticos.
- Detalhamento: serão organizadas 3 atividades extra unidade em ambientes comunitários onde serão realizados orientações praticas sobre esses temas em como semanalmente a própria unidade de saúde a ESF organizará pequenas palestras a respeito com todos os presentes, enfatizando o grupo do Programa de intervenção.
- Garantir orientação de saúde bucal a todos os pacientes diabéticos durante consultas.
- Detalhamento: Durante as consultas médicas serão realizados orientações sobre saúde bucal e da relação do DM com doenças periodontais. Orientações a este respeito também serão realizadas em ambientes coletivos da unidade por toda ESF.

Engajamento Público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Detalhamento: A ESF buscara contato com líderes comunitários, padres, pastores, presidentes de associações a fim de reforçar as ações de promoção à saúde aproximando a população cada vez mais da ESF.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para a orientação de saúde bucal do paciente diabético.
- Detalhamento: na semana inicial da intervenção será discutido e debatido com toda a ESF os dois cadernos de atenção básica que norteiam esse projeto de intervenção de forma que seja realizado uma capacitação abrangente de todos os fatores que visam o tratamento de sucesso do DM.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Vera Mendes - PI.

Meta 1.1: Cadastrar 60% 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 de Vera Mendes.

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 60% 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 de Vera Mendes.

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.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Vera Mendes - PI.

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia 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 em dia 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.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA na UBS de Vera Mendes - PI.

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.

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na UBS de Vera Mendes - PI.

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.

Relativo ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular atendidos na UBS de Vera Mendes - PI.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos atendidos na UBS de Vera Mendes - PI.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensão e diabetes vamos adotar os manuais técnicos “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença

crônica: diabetes mellitus” do Ministério da Saúde, ano 2013 e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica” também do Ministério da Saúde, ano 2013. Utilizaremos a ficha do HIPERDIA disponível no município e a ficha espelho que iremos adotar para coleta de dados. Estimamos alcançar com a intervenção 60% dos hipertensos e diabéticos da área, que corresponde a 275 e 68, respectivamente, com base em estimativa pelos Cadernos de Ações Programáticas fornecidos pelo curso de especialização da UFPel.

Faremos contato com o gestor municipal para dispor de 600 fichas espelho com a expectativa de que possamos atingir um cadastramento até além da meta inicial e para tanto já estaremos preparados com esse material. Realizaremos a intervenção durante 12 semanas consecutivas e para o acompanhamento da mesma, a cada 4 semanas teremos dados gráficos representativos gerados por meio da utilização de planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pela UFPel.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira da equipe revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para consultas e acompanhamentos dentro do programa hiperdia nas 12 semanas da intervenção. A profissional localizará o prontuário desses pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário e na ficha de registro do HIPERDIA para a ficha espelho, ao passo que ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os manuais técnicos de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos, garantindo ainda que estes manuais já existentes na UBS fiquem em local acessível a toda equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS e para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, numa forma dinâmica de aprendizado.

Faremos contato com o gestor para que os exames complementares sejam realizados na própria unidade e sem enfrentarem demora, garantindo agilidade nos resultados e de forma que sejam realizados em quantidade suficientes mensais para atender a demanda desse grupo.

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

As ações previstas no eixo "Monitoramento e Avaliação" foram desenvolvidas durante a intervenção através do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no Programa de Atenção ao Hipertenso e diabético e do preenchimento diário da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, a qual foi acompanhada e atualizada com dados parciais da intervenção semanalmente por mim e por toda Equipe de Saúde da Família - ESF durante nossas reuniões de equipe. Ações pertencentes a este eixo foram cumpridas integralmente.

Após consultar os registros dos hipertensos e/ou diabéticos usuários da unidade de saúde para o preenchimento da planilha da intervenção, foi possível verificar que, no final da intervenção, dos 523 usuários que conseguimos atender no período, 254 ainda não estavam cadastrados no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, corroborando com a análise situacional que havíamos realizado anteriormente a intervenção.

No eixo "Organização e Gestão do Serviço" as reuniões com a ESF foram efetivadas, inicialmente com a apresentação do Projeto, da ficha espelho da intervenção e da planilha de coleta de dados anteriormente ao início da intervenção e depois semanalmente para apresentação e análise de dados parciais, avaliação da intervenção em si, discussão de dúvidas e escuta de sugestões para aprimoramento contínuo.

A garantia da solicitação de exames foi firmada pelo gestor no início da intervenção, porém só foi cumprida parcialmente, pois quando cresceu o volume de hipertensos e/ou diabéticos na Unidade os exames complementares começaram a

atrasar, o que foi uma das dificuldades encontradas neste eixo, porém a ação foi cumprida integralmente.

Ocorreu a divulgação da intervenção, tanto na própria unidade, quanto durante as visitas domiciliares dos ACS. Além disso, realizamos a capacitação da equipe de saúde da família - ESF, organizamos busca ativa aos faltosos, divulgamos com ajuda dos ACS o projeto em ambientes comunitários e realizamos atividades coletivas sobre alimentação saudável, práticas de atividades físicas, tabagismo e saúde bucal, tanto na própria UBS semanalmente, como também realizamos dois grandes encontros em ambientes comunitários, no auditório da prefeitura municipal, como a ESF e ajuda da equipe do NASF sobre esses temas e com um grande número de usuários hipertensos e/ou diabéticos presentes, porém todos esses encontros foram abertos a todos os usuários que desejassem participar. Pode-se considerar que tais ações foram cumpridas integralmente.

O preenchimento da ficha espelho da intervenção foi realizado em todos os atendimentos de hipertensos e/ou diabéticos e no início houve certa dificuldade pela ausência de dados necessários disponíveis nos prontuários de registros desses pacientes, com dados incompletos ou inconsistentes, o que atrapalhou um pouco a coleta de dados. Inicialmente, o projeto previa atingir 100% dos usuários hipertensos e/ou diabético adstritos pela unidade, mas devido a distância e difícil acesso de muitas comunidades rurais que concentram a maioria da população do município e por todos estes usuários moradores destas comunidades serem usuários da única ESF existente isso não foi possível. Dessa forma, pode-se considerar que esta ação foi realizada parcialmente.

Outro problema enfrentado foi relacionado a inserção de dados do HIPERDIA no sistema E-SUS, que durante toda a intervenção a pessoa responsável por alimentar o sistema na secretaria de saúde encontrou dificuldade em manuseá-lo, então a ação de manter o SIAB atualizada foi comprometida.

Em relação ao eixo "Engajamento Público", a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na intervenção não encontrou dificuldades, pois contou com a participação de toda ESF, da ajuda dos ACS e da secretaria de saúde que contribuiu na divulgação. Existiram ainda dois momentos alheios à intervenção e que ocorreram durante o desenrolar da mesma que muito ajudaram nessa divulgação, que foram as atividades do "Outubro Rosa" e

do "Novembro Azul", os quais serviram de elo para atrair hipertensos e/ou diabéticos para Unidade.

Palestras educativas rápidas foram realizadas quase que diariamente na própria UBS com esclarecimento de dúvidas e transmissão de orientações. Com relação às palestras educativas em ambientes comunitários, estas foram realizadas em número de duas e contou-se com grande participação de usuários em ambas e foram muito produtivas para a intervenção. Uma dificuldade encontrada nesse ponto foi em relação aos ambientes comunitários para realização destes encontros, pois não existem muitas opções na cidade que comportem um número considerável de usuários e a ESF, restando à igreja católica e o auditório da prefeitura municipal, e como a questão política e religiosa na cidade é muito forte tivemos que realizar até uma espécie de "votação" para decidir, porém deu tudo certo no final e nas duas oportunidades foi um sucesso.

No eixo "Qualificação da Prática Clínica" as ações foram efetivadas parcialmente, as capacitações previstas e planejadas aconteceram em um turno na primeira semana da intervenção e contou com toda a ESF sendo estendida estendeu-se por todas as reuniões semanais de equipe que foram realizadas durante as doze semanas da intervenção, porém a atualização em hipertensão e diabetes prevista não chegou a ser executada, por erro de planejamento com falta de tempo hábil para a realização da mesma.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

No eixo "Organização e Gestão do Serviço" a garantia da avaliação da saúde bucal dos hipertensos e/ou diabéticos não pôde ser realizada devido ao afastamento do dentista da ESF por problemas de saúde. E no eixo "monitoramento e avaliação" a ação manter o SIAB atualizadas não foi desenvolvida por incapacidade técnica no manuseio do sistema visto que houve migração e unificação para a plataforma E-SUS e o responsável pela alimentação do sistema não conseguir realizar a introdução de dados no mesmo.

3.3 Dificuldades encontradas

Inicialmente as dificuldades encontradas foram muitas. Para mim, tive que mudar o modo de trabalhar, pois não estava habituado ao atendimento completo e

programático na atenção básica, o que era um erro meu e tive que corrigir para adequar-me a proposta da intervenção e do curso. Entretanto, assim como esbarrei nessa dificuldade pessoal, realizar a intervenção programaticamente também no início encontrou resistência dos usuários, pois estavam, conforme relatado na análise situacional, habituados aos atendimentos curativistas e rápidos, o que foi uma dificuldade convencê-los que a forma de atendê-los deveria ser adequada aos protocolos.

A ESF e a gestão inicialmente também acharam um pouco ruim a intervenção, pois acreditavam que sobrecarregava o serviço que já era lotado. Foi um desafio convencê-los.

Durante a coleta e sistematização dos dados, mensalmente não estava sendo realizado o somatório dos usuários cadastrados, o que estava gerando uma inconsistência nos gráficos dos indicadores. Além disso, nas semanas iniciais a planilha estava sendo preenchida com dados existentes em prontuários e não com dados da consulta atual, de maneira que o paciente que procurasse o serviço e estivesse com avaliação clínica em atraso, por exemplo, mesmo que na atual consulta fosse avaliado, na planilha considerava-se para o preenchimento que este item deveria ser preenchido como se o usuário estivesse em atraso, haja visto que realmente estava, porém foi atualizado na consulta atual, o que teve de ser corrigido após orientações recebidas. Fato semelhante ocorreu para o item "avaliação do risco cardiovascular" que para tal utiliza o escore de Framingham e devido este necessitar dos valores de exames complementares para ser calculado, muitos pacientes tiveram este item marcados como não avaliados e somente de posse dos exames complementares trazidos em consulta posterior é que poderia ser calculado. Porém, a medida que tais pacientes retornavam com os testes complementares, procedeu-se o preenchimento da planilha de forma correta para a avaliação dos indicadores. Porém, isto dificultou e atrasou o cálculo dos indicadores.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

No eixo "Organização e Gestão do Serviço" a ficha de atendimento aos Hipertensos e/ou diabéticos pode ser incorporada no prontuário dos usuários, de forma a ajudar a mantê-lo organizado e com dados sistematizados. O cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa de atenção

aos hipertensos e diabéticos continua sendo realizado após a intervenção durante o acesso dos mesmos na USF. Há necessidade de melhorar a organização e o acesso aos exames complementares de forma que todos tenham acesso quando precisarem e de forma mais ágil, o que pode ser conseguido perfeitamente com o registro adequado de dados na ficha dos usuários, permitindo um controle.

No eixo "Monitoramento e Avaliação", o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos no Programa HIPERDIA, configura-se uma ação de grande importância para o controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes melitus, pois proporciona a vinculação e melhor acompanhamento desses usuários e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso, devendo ser incorporado no cotidiano do serviço. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação de toda a ESF, além da resolução do problema já relatado da inserção de dados do programa no sistema E-SUS.

No eixo "Engajamento Público", atividades educativas foram realizadas e devem ser mantidas, tanto na própria UBS quanto em ambientes comunitários. No entanto, fica o desafio para a ESF de se articular com o NASF e melhorar as palestras multidisciplinares, programar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários.

No eixo "Qualificação da Prática Clínica", deve-se inserir alguma forma de educação continuada, como a realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da ESF de Vera Mendes quanto de cada um dos profissionais que a compõe.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus na UBS de Vera Mendes - PI.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência da UBS.

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

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência da UBS.

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

Na área adstrita à UBS existem 459 hipertensos e 115 diabéticos com 20 anos de idade ou mais, os quais foram em sua totalidade focalizados na intervenção. Entre esse total, 408 hipertensos e 115 diabéticos foram atendidos programaticamente durante a intervenção, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 88,9% (408) para hipertensos e 100% (115) para diabéticos (Figura 1 e Figura 2).

Ao iniciar a intervenção apenas 18% dos hipertensos e 14% dos diabéticos eram cadastrados no programa de hipertensos e diabéticos da UBS e atendidos programaticamente. Ao longo da intervenção essa cobertura atingiu 20,7% (95) e 24,3% (28) no 1º mês e progrediu para 37,9% (174) e 55,7% (64) respectivamente, até chegar aos valores finais citados no parágrafo acima, devido às ações de busca ativa e organização do atendimento programático.

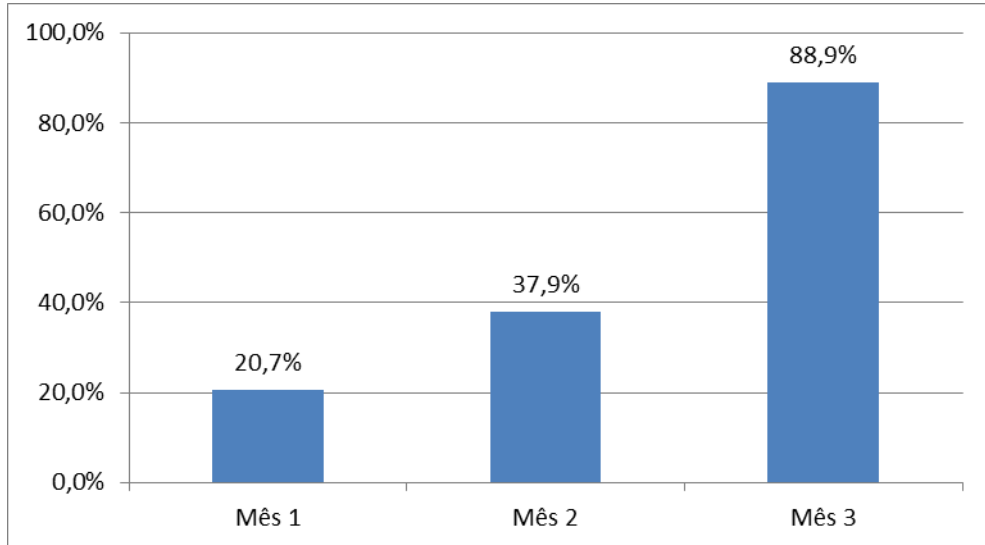


Figura 1: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso da unidade de saúde de Vera Mendes - PI.

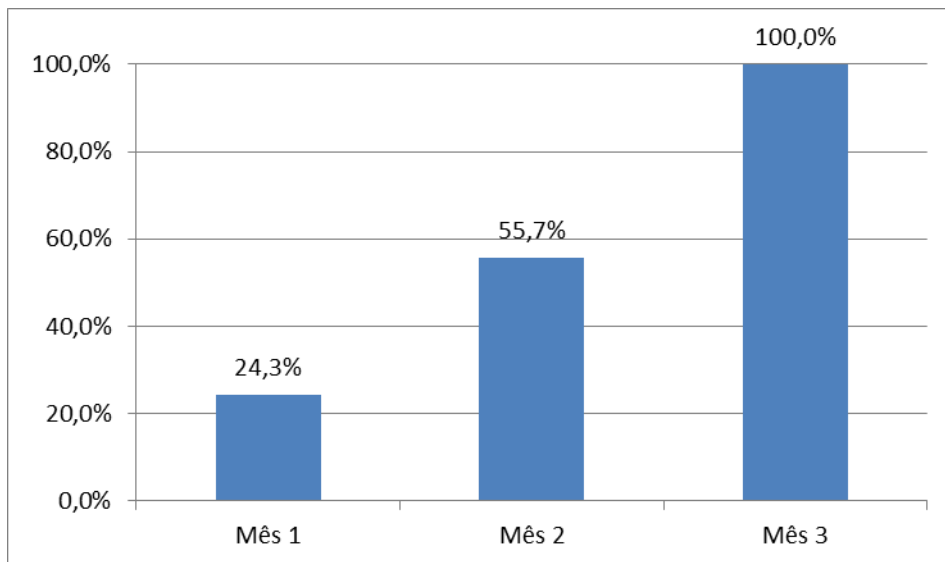


Figura 2: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético da unidade de saúde de Vera Mendes - PI.

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

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

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

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

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

À medida que o cadastramento ao programa de Hipertensão Arterial e Diabetes ascendia, foi possível obter uma evolução positiva na atualização do exame clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo, a

medida que se realizava o registro adequado dos atendimentos nos prontuários e se examinava todos os pacientes atendidos (Figura 3 e Figura 4). Respectivamente, para Hipertensão e Diabetes, atingimos no 1º mês 60% (57) e 60,7% (17), no 2º mês 64,9% (113) e 60,9% (39), no 3º mês chegamos a 84,6% (345) e 77,4% (89).

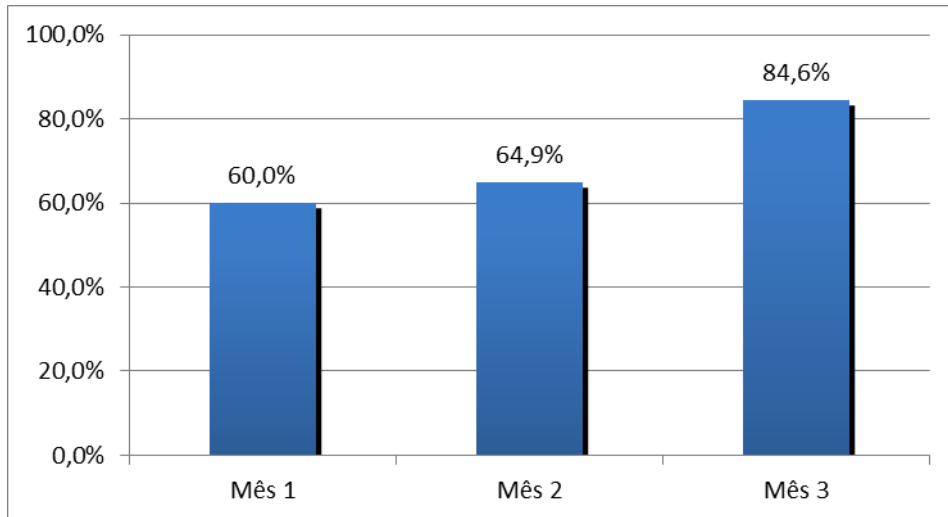


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

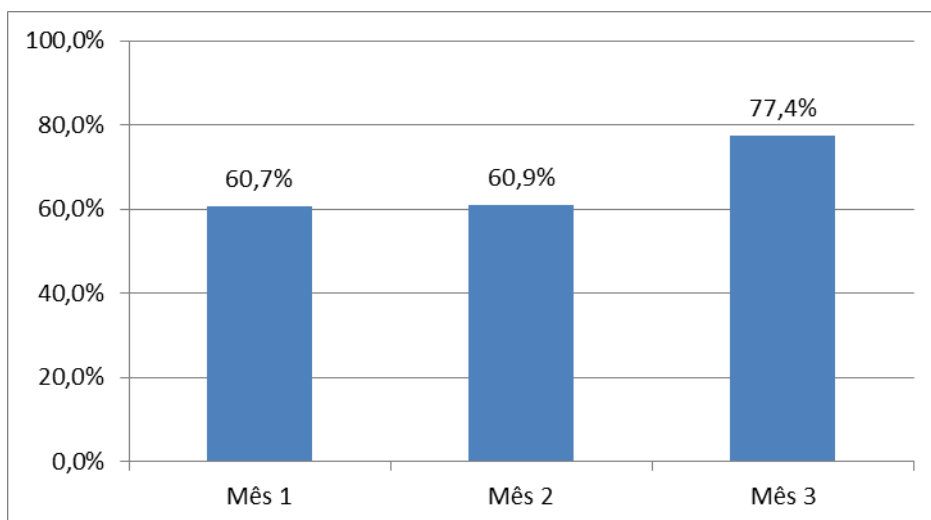


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

Com relação a cobertura dos exames complementares, a melhora da intervenção foi razoável, evoluindo aquém da meta estabelecida devido ao aumento da demanda por exames complementares a medida que novos hipertensos e diabéticos eram cadastrados e o laboratório conveniado não acompanhou esse fluxo, o que atrasava os resultados dos exames, e apesar de todos os pacientes atendidos saírem da consulta com as solicitações dos exames complementares, dificilmente conseguiram retornar com os resultados dos mesmos durante as semanas de coleta de dados da intervenção, conforme demonstrado nas figuras 5 e 6.

Atingimos, respectivamente, para Hipertensão e Diabetes no 1º mês 26,3% (25) e 39,3% (11), no 2º mês 49,4% (86) e 53,1% (34) e, no 3º mês 57,8% (236) e 55,7% (64).

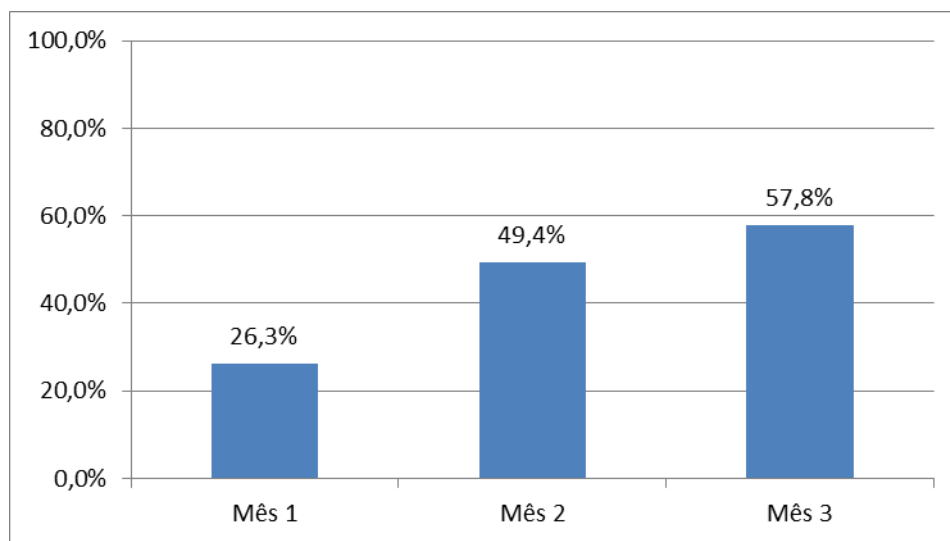


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

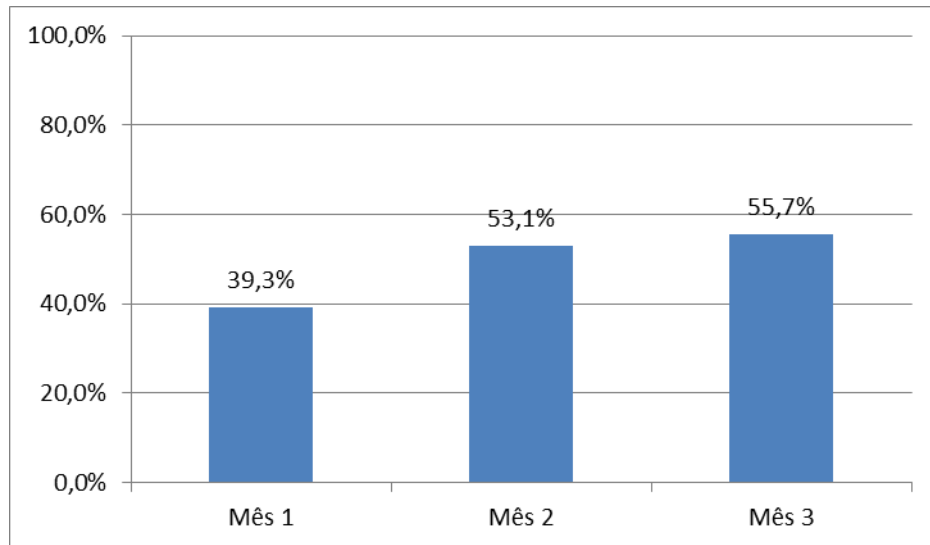


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

Entre hipertensos e diabéticos, 73,7% (70) e 64,3% (18), respectivamente utilizava medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou do Programa HIPERDIA no primeiro mês da intervenção. Esta proporção foi de 83,3% (145) e 81,3% (52) respectivamente no segundo mês e de 90,4% (369) e 87% (100) no terceiro e último mês (Figuras 7 e 8).

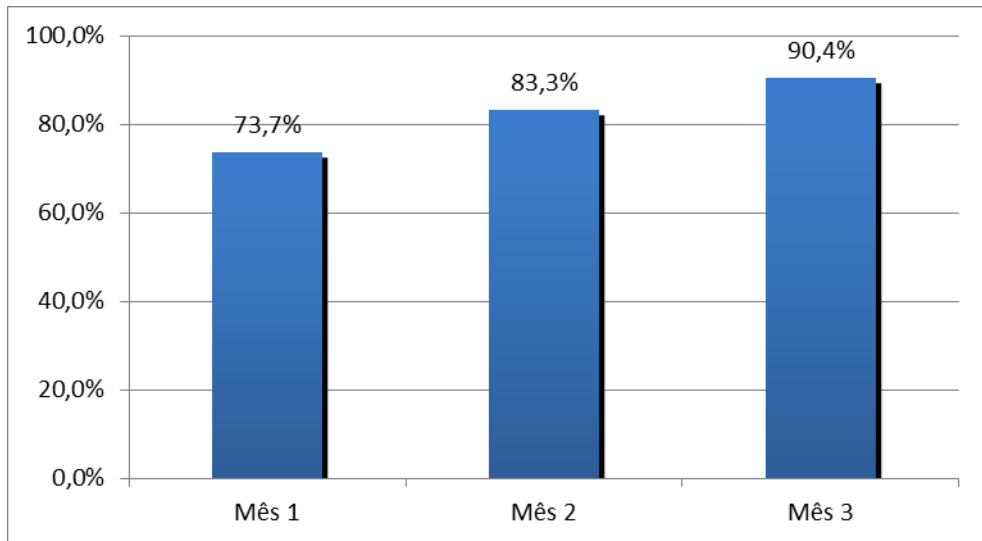


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.

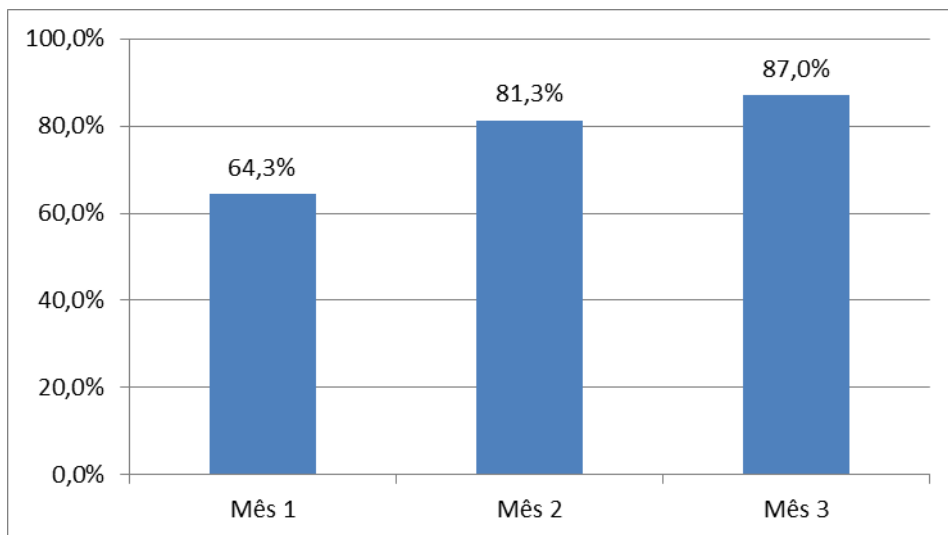


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.

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

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

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

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

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

A busca ativa se deu em todos os momentos da intervenção, porém a medida que se estendia as semanas de intervenção essa foi sendo intensificada de forma a conseguirmos o maior número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de hipertensão e diabetes da unidade. Esse trabalho foi bastante ajudado pelos agentes comunitários de saúde, de maneira que no primeiro mês 65,9% (27) dos hipertensos faltosos foram buscados ativamente por eles e com o aumento progressivo do empenho na intervenção, atingiu-se 84,5% (163) dos faltosos no terceiro mês (figura 9). Para os diabéticos partiu-se de 81,8% (9) no primeiro mês para 87,7% (50) no terceiro mês de intervenção (figura 10).

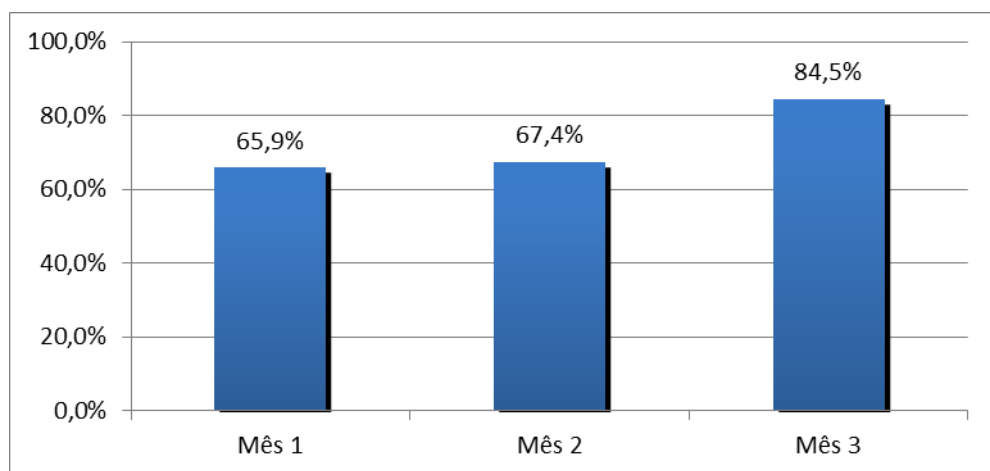


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.

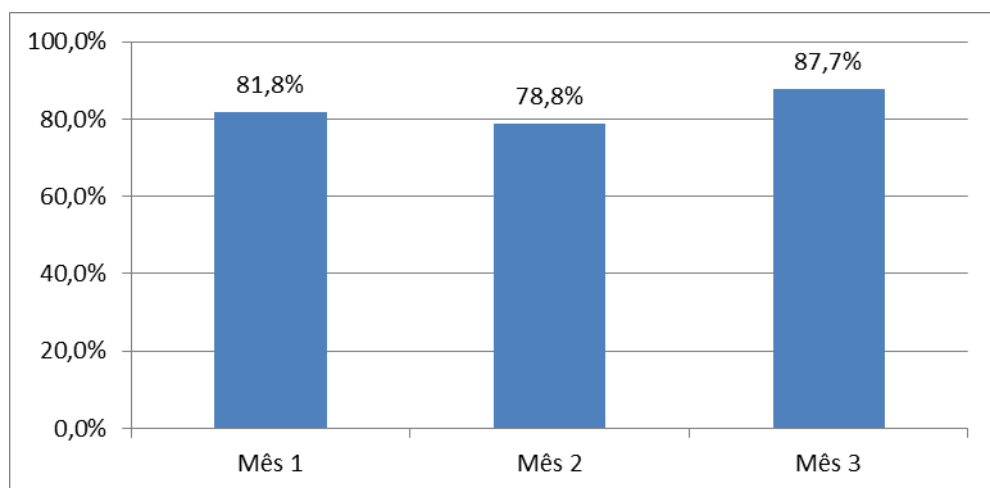


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

No início da intervenção os registros eram precários e faltavam dados para ser coletados nos prontuários, tamanho era a desorganização que se encontrava e com os atendimentos programáticos da intervenção o registro adequado na ficha de acompanhamento foi significativamente melhorando, evoluindo de 45,3% (43) no primeiro mês da intervenção para 80,1% (327) no último mês para os pacientes hipertensos (figura 11). Para os diabéticos também observou-se essa evolução, de forma que no mês 1 da intervenção tínhamos apenas 57,1% (16) dos pacientes com registro adequado de dados em seus prontuários e no mês 3, chegamos a 73,9% (85) (figura 12).

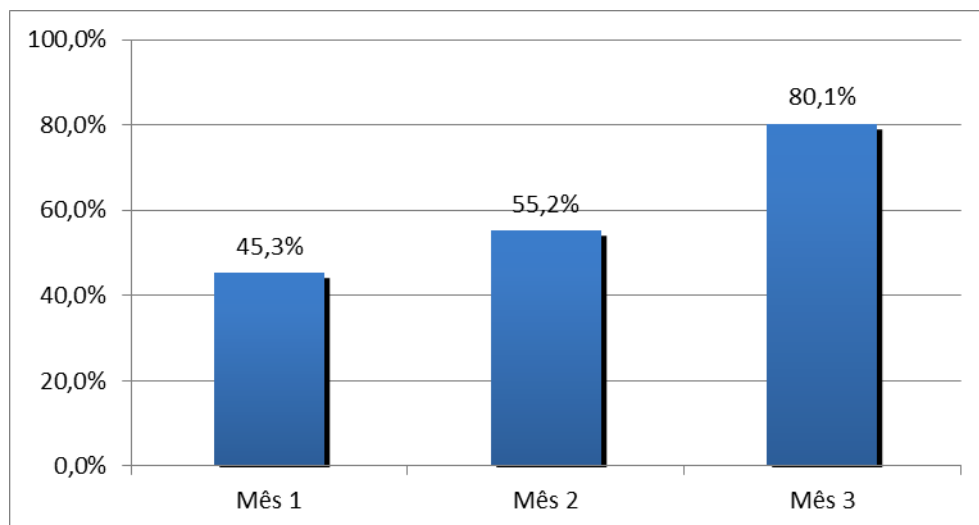


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de atendimento.

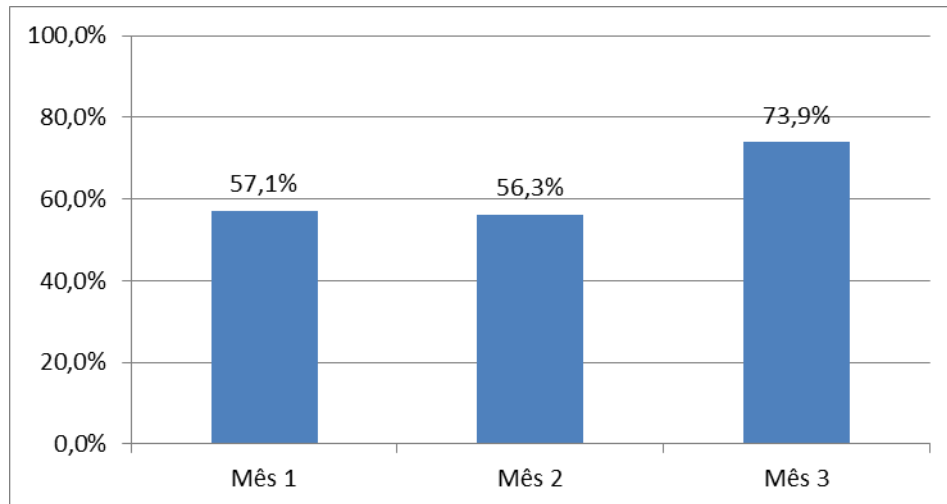


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de atendimento.

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 UBS.

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

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

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

A estratificação do risco cardiovascular nos hipertensos e diabéticos partiu do zero. Nenhum paciente antes do início da intervenção era estratificado quanto ao risco cardiovascular e já no primeiro mês da intervenção conseguimos estratificar 28,4% (27) dos hipertensos e 32,1% (9) dos diabéticos atendidos e chegamos ao último mês da intervenção com 57,8% (236) e 53% (61) respectivamente (figuras 13 e 14). Esses valores apesar de progressivos foram atrapalhados pela demora dos exames complementares solicitados, vez que a estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham é dependente de um exame complementar para o cálculo.

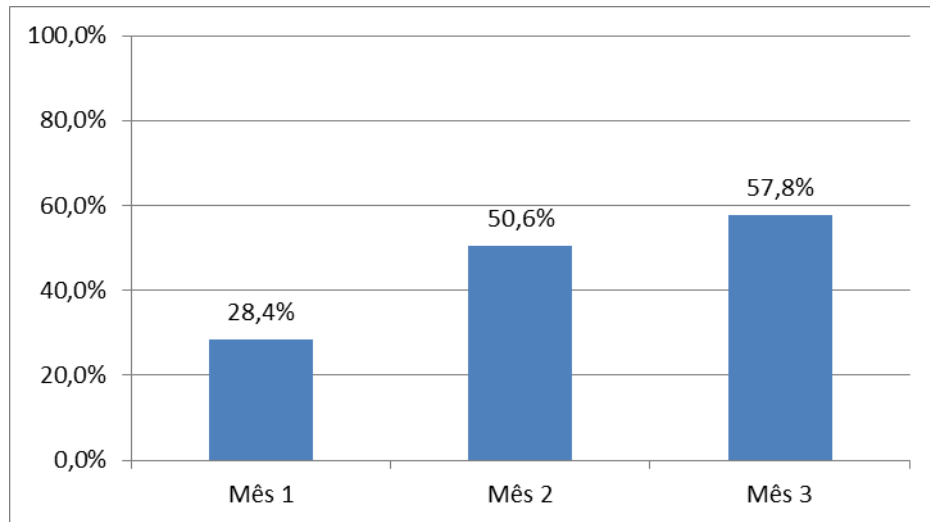


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

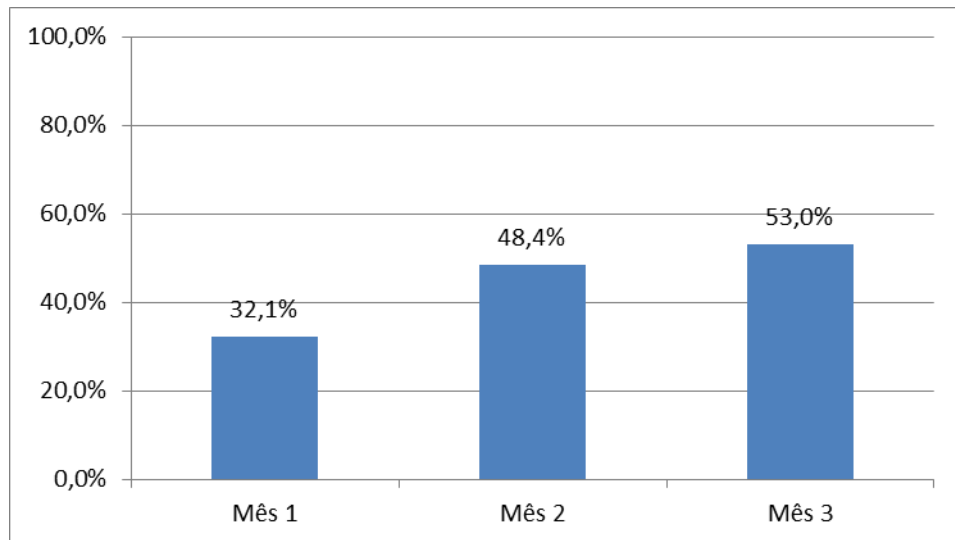


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

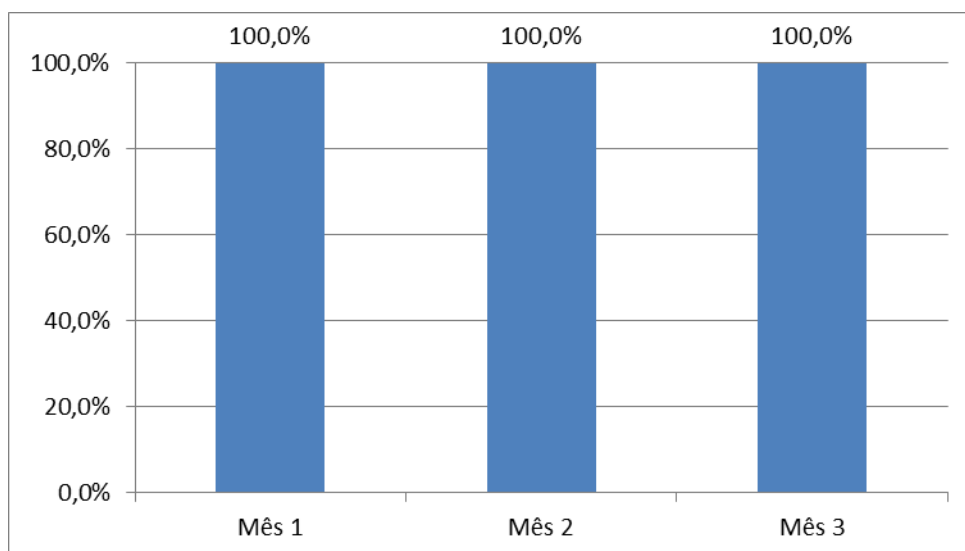


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

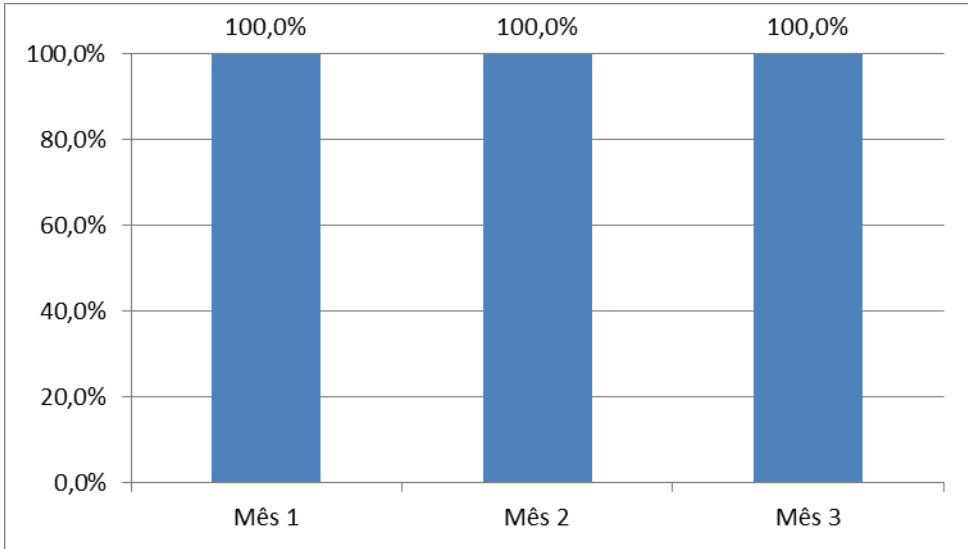


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

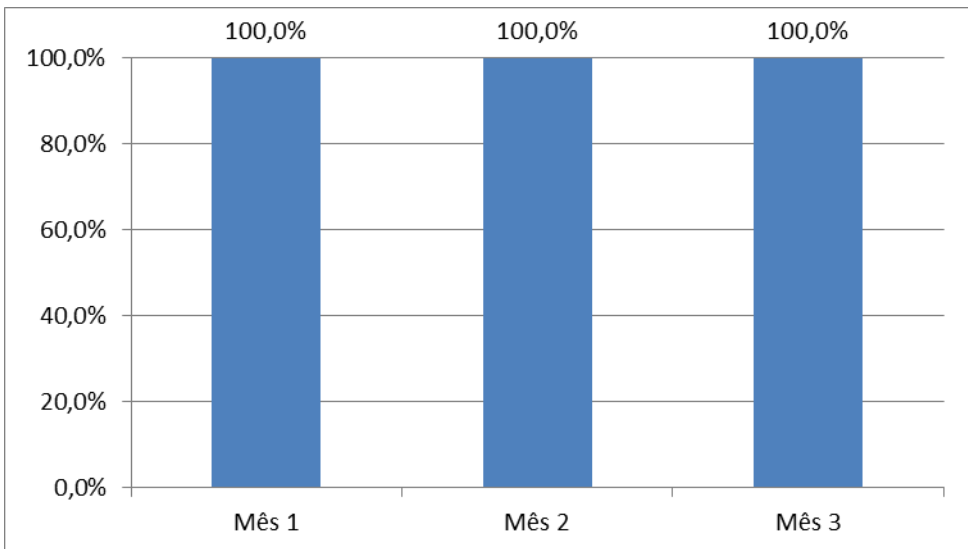


Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

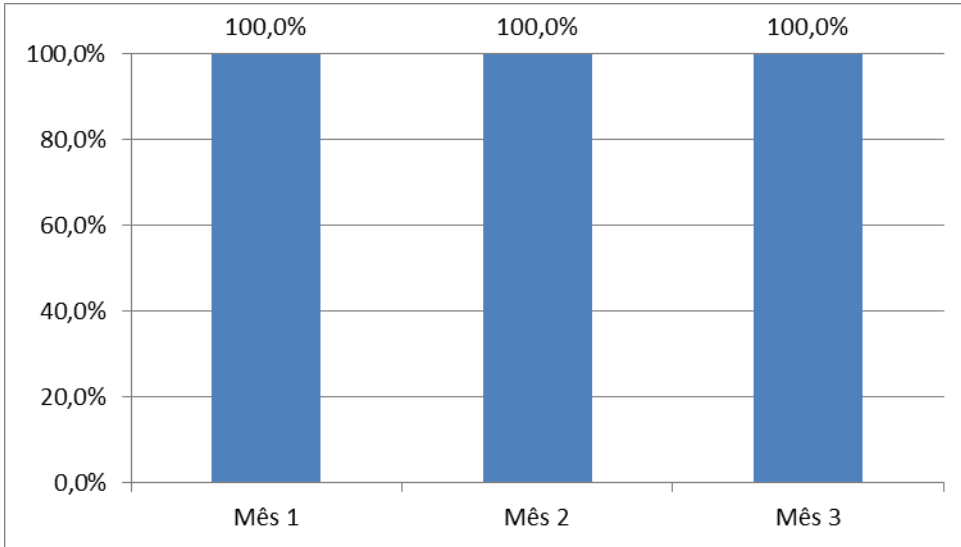


Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

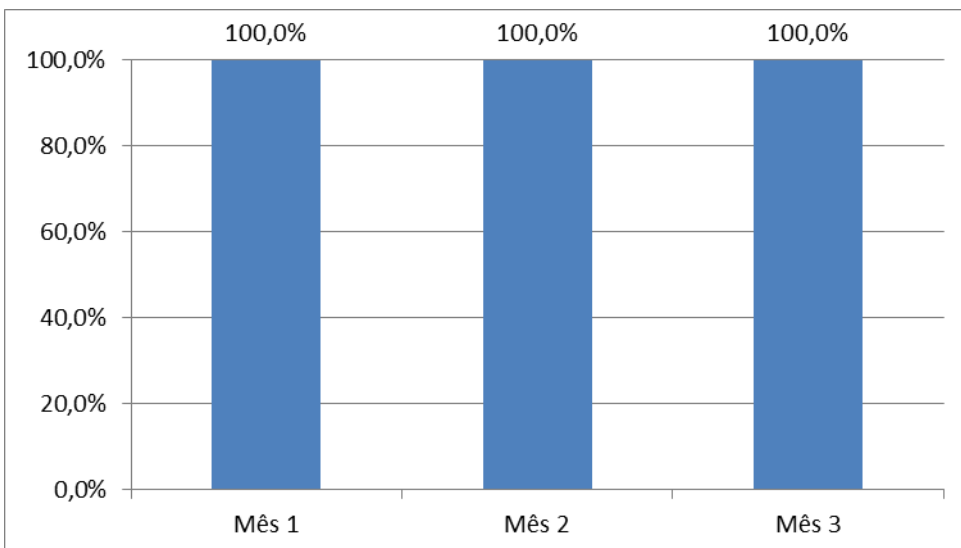


Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo.

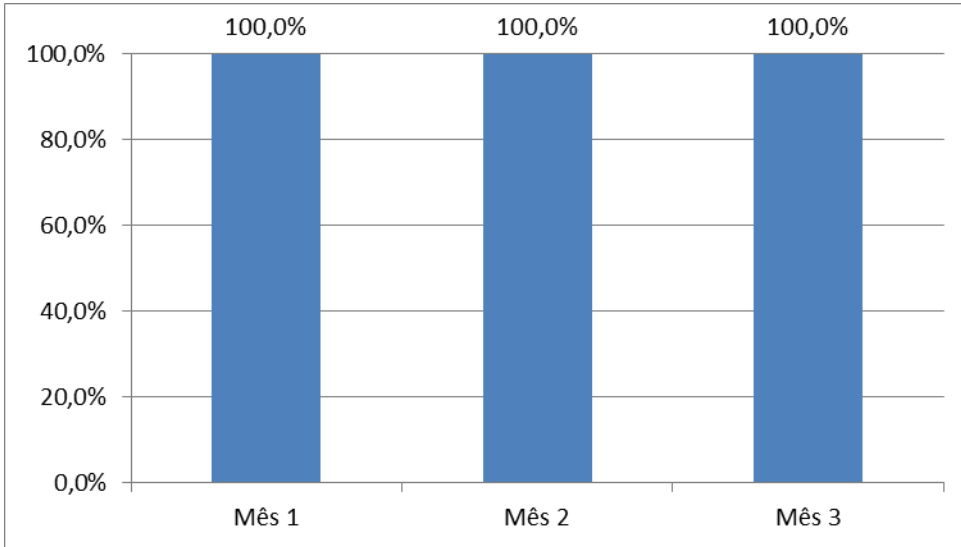


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre riscos do tabagismo.

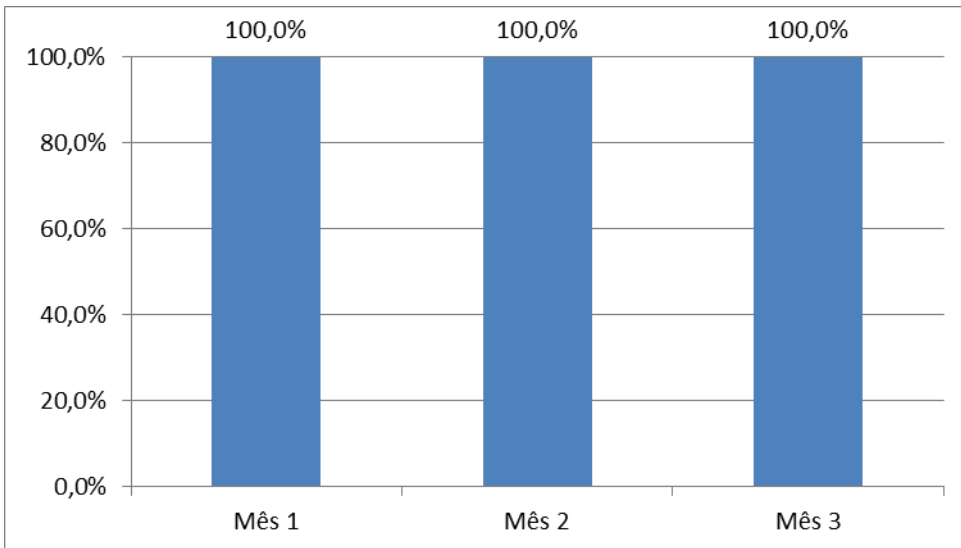


Figura 21: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

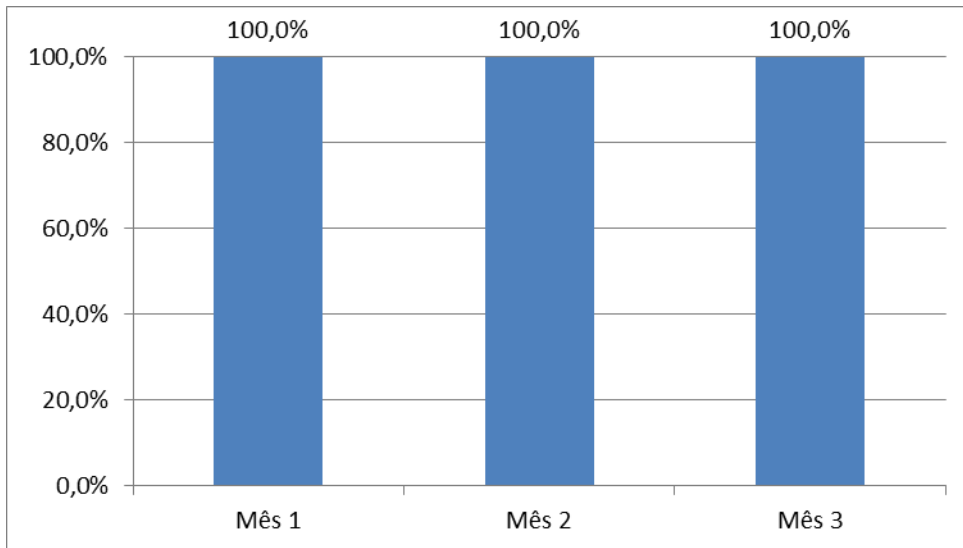


Figura 22: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Durante os três meses de intervenção, nas consultas, nas atividades coletivas, nas visitas e nas reuniões e palestras na UBS todos os hipertensos e diabéticos atendidos e acompanhados pelo programa de intervenção foram orientados sobre a prática de atividade física regular, alimentação saudável, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, alcançando a meta de 100% para estes indicadores. Contribuíram para o sucesso da meta destes indicadores o fato de serem atividades independentes dos atendimentos anteriores a intervenção e da possibilidade destas orientações serem desenvolvidas sem depender de fatores extra as consultas e reuniões coletivas.

4.2 Discussão

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

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos usuários hipertensos ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde de Vera Mendes - PI limitava-se a consultas médicas e de enfermagem, na própria UBS ou durante as visitas domiciliares, e no acompanhamento precário dos mesmos pelo registro do Programa HIPERDIA, porém este estava parado há 8 meses.

Apenas pequena parte dos hipertensos ou diabéticos estava cadastrada no Programa HIPERDIA e mesmo estes cadastrados não possuíam registro de consultas, exames clínicos e laboratoriais nem de medicamentos atualizados e organizados em seus prontuários. Reuniões coletivas em saúde dificilmente eram realizadas e restringiam-se apenas as épocas de campanhas de saúde e sem registros adequados para tais atividades. Basicamente os usuários hipertensos e diabéticos vinham a UBS renovar suas receitas e retirar suas medicações, quando não compravam por conta própria nas farmácias e para pedir por exames laboratoriais de forma desordenada, sem respeitar as recomendações de protocolo. Nunca havia sido realizada a estratificação de risco cardiovascular desses pacientes, orientações de saúde eram restritas e os diabéticos, muitos deles, desconheciam a necessidade de exame dos pés.

Para tentar mudar essa realidade encontrada, foi essencial o envolvimento e trabalho em equipe para a realização das ações propostas pela intervenção, a qual exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde reativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Essa atividade promoveu o trabalho integrado e todos os membros da ESF foram participativos, sendo que nesse processo foi de fundamental importância o trabalho dos agentes comunitários de saúde - ACS, que foram um elo importante de comunicação e mobilização com os usuários, haja visto que tínhamos a grande dificuldade de contarmos apenas com uma única ESF para todo o município e este possuir muitas comunidades rurais o que de certa forma dificulta o trabalho pelas distâncias impostas por esse fator. Os ACS mobilizaram os usuários para a participação nas consultas médicas e de enfermagem na UBS, nos encontros educativos previstos extra-UBS que realizamos no auditório da prefeitura com todos os hipertensos e diabéticos adstritos pela ESF, realizaram buscas ativas de faltosos, encaminharam usuários para UBS, participaram dos encontros e foram capacitados.

Além desse papel de destaque dos ACS, toda a ESF se envolveu na intervenção. Eu como médico na realização dos atendimentos diariamente aos usuários hipertensos e diabéticos juntamente com a enfermeira da equipe, nas atividades educativas e palestras realizadas, a técnica de enfermagem na ajuda aos atendimentos e liberação de medicações entre outros. Uma baixa que tivemos na intervenção foi a perda do nosso dentista da equipe por problemas de saúde, o qual ficou afastado por alguns meses e comprometeu a parte odontológica de diagnóstico

e tratamento bucal dos nossos usuários participantes, porém as atividades de orientação e educação em saúde bucal foram desenvolvidas pelo restante da equipe nas reuniões e atendimentos realizados.



A participação da comunidade na intervenção também foi importante para a efetivação das ações previstas. Os usuários hipertensos ou diabéticos se engajaram ao projeto, compareceram as consultas, elogiaram os atendimentos, participaram das reuniões e palestras, divulgavam na comunidade aos seus parentes e vizinhos o trabalho que estava sendo realizado, preocuparam-se com sua saúde, buscaram tirar dúvidas e nos ajudaram a seguir firmes na intervenção.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade em geral. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém os demais usuários membros da comunidade que desconhecem o motivo dessa priorização ficam um tanto insatisfeitos na sala de espera da UBS, fato que era mais marcante nos primórdios da intervenção.

Apesar de conseguirmos ampliar consideravelmente a cobertura do programa, atingirmos a meta de 100% dos diabéticos, ainda temos muitos hipertensos sem cobertura, fato este que acredito que só será melhorado com a instalação de uma nova ESF no município de forma a cobrir melhor o território que é amplo para uma única ESF dar suporte a toda população adstrita. No que se refere ao cadastramento dos usuários hipertensos ou diabéticos no programa HIPERDIA do Ministério da Saúde, foi claramente observado que muitos usuários não eram cadastrados ao longo da intervenção.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas apenas nas consultas médicas de pacientes descompensados e consultas de enfermagem, que realizava a transcrição das prescrições das medicações de uso contínuo, disponibilizadas para estes usuários apenas um dia por semana, o que tornava o atendimento cansativo, tanto para a equipe quanto para os usuários, o que pode entre outros fatores ter contribuído para o não cadastramento desses usuários no programa HIPERDIA.

A intervenção reviu as atribuições da equipe após a capacitação viabilizando a atenção à um maior número de pessoas e foi aumentado a oferta de consultas médicas e de enfermagem para esse grupo para todos dias da semana e percebeu-se que o atendimento ficou menos cansativo, houve o aumento do acesso desses usuários ao serviço e aumento do tempo da consulta. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e diabéticos também viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea e a classificação de risco implementada permitiu a priorização do atendimento dos mesmos.

Os atendimentos sendo realizados dessa forma permitiram a incorporação do cadastramento no cotidiano do serviço que antes não era feito, favorecendo a vinculação desses usuários com a equipe da USF além de permitir acompanhar seus tratamentos e prescrições de medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA. A verificação dos prontuários, com a constatação de registros desatualizados e posterior busca do usuário faltoso em questão para consulta médica, atualização de exames, avaliação e estratificação de risco mostrou-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo.

A intervenção poderia ter sido mais facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido mais a fundo as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, o que implicou um pouco no início da intervenção em um período maior de assimilação dos objetivos e metas a qual se propunha o trabalho. Agora, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial aos de alto risco. Com o retorno do dentista a nossa equipe que estava afastado e

prejudicou a coleta de dados de um indicador previsto, vamos passar a monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Para o próximo ano, já no início, teremos a equipe novamente completa e pretendemos continuar investindo em reciclagem e melhorias ao atendimento dos usuários hipertensos ou diabéticos, de forma que continuemos com a ampliação da cobertura e tomando este projeto como exemplo, discutiremos com todos a implementação do atendimento programático nas demais áreas básicas de atendimento da atenção básica e esperamos que a comunidade se aproprie da proposta e contribua conosco.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Como participante do PROVAB 2014, realizei a especialização em saúde da família, na modalidade à distância pela Universidade Federal de Pelotas - UFPEL através do seu Departamento de Medicina Social desenvolvendo as ações propostas pelo curso de especialização no município de Vera Mendes - PI, uma vez que o curso de especialização propicia ao aluno realizar uma intervenção numa Unidade Básica de Saúde - USB na qual trabalha e adquirir conteúdos de acordo com às necessidades de seu serviço. Partindo dessas premissas, este relatório apresenta aos senhores gestores como foi desenvolvido o projeto de intervenção do curso de especialização sobre o tema eleito para ser trabalhado na UBS - ESF de Vera Mendes - PI: Melhoria da atenção à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus e como objetivos específicos propôs-se a ampliação da cobertura, melhora da qualidade da atenção, melhora da adesão, melhora dos registros de informações, mapeamento e promoção de saúde aos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS de Vera Mendes - PI.

A intervenção propriamente dita ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2015, desenvolvendo diversas ações, dentre elas: reuniões com a ESF e com a comunidade; capacitação da equipe para melhorar o atendimento aos hipertensos e diabéticos; buscou-se os pacientes que não estavam vindo para UBS; examinou-se todos os pacientes atendidos; pediu-se de forma programática exames complementares, avaliou-se o risco cardiovascular, estimulou-se a participação dos pacientes nas consultas, realizou-se palestras educativas, orientou-se quanto a realização de atividades físicas, alimentação saudável, higiene bucal, cadastrou-se

os que não possuíam cadastro do programa Hiperdia que é o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade, orientou-se os tratamentos corretamente, orientou-se como pegarem medicações gratuitamente na própria UBS e prescreveu-se essas medicações em detrimento de medicações que não participam do programa, registrou-se os dados das consultas detalhadamente nos prontuários, informou-se aos usuários que aquilo era um documento que os pertencia e a qualquer momento poderiam solicitar, realizou-se duas grandes reuniões com a convocação de todos os hipertensos e diabéticos da área onde participaram grande número de usuários, buscou-se parcerias e apoio com a secretaria de saúde e comunidade e no final avaliou-se a evolução dessas ações.

Ao final do estudo de intervenção, como resultados dessas ações, conseguiu-se atender programaticamente e cadastrar todos os diabéticos da área da USF e chegou-se a 459 hipertensos cadastrados e atendidos programaticamente, o que corresponde a mais do dobro do que tinha-se antes de iniciar essa intervenção, sendo esse resultado extremamente satisfatório e positivo para ESF e que refletirão para a comunidade e o município a medida que essas ações não sejam findadas, mas sim incorporadas ao cotidiano dos atendimentos e com isso espera-se reduzir as complicações e eventos agudos dessas doenças.

Como pontos negativos teve-se a ausência dos atendimentos odontológicos por parte do dentista da ESF que esteve afastado por problemas de saúde e não foi substituído, o que comprometeu a meta de avaliação dos hipertensos e diabéticos com necessidade de atendimento odontológico e o não acompanhamento pelo laboratório conveniado do fluxo de exames complementares que comprometeu a meta de 100% de cobertura, porém neste último caso, saltamos de 26% para 57% dos hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo e de 39% para 55% em relação aos diabéticos. Espera-se que com a incorporação das ações a rotina da UBS esses índices progridam satisfatoriamente adequando-se as metas propostas.

Com o findar da intervenção, destaca-se no eixo pedagógico "monitoramento e avaliação", o cadastramento dos hipertensos e diabéticos no programa HIPERDIA que encontrava-se parado, configura-se uma ação de extrema importância para a prevenção e controle da HAS e DM no município, devendo-se ser continuada e para tal exige comprometimento e dedicação de toda a ESF e o apoio da secretaria municipal de saúde - SMS. Em relação ao eixo "organização e gestão

do serviço" a divisão e seguimento das atribuições de cada membro da ESF, bem como o diálogo constante com a SMS para apoio nas ações necessárias devem ser incorporados na rotina do serviço. No eixo "engajamento público", atividades educativas foram realizadas, parcerias e apoios de líderes comunitários foram conseguidos, grandes encontros multidisciplinares inclusive com o apoio do núcleo de apoio a saúde da família - NASF, foram realizados com sucesso e fica o desafio para a equipe multidisciplinar em dar continuidade ao trabalho de engajamento e captar ainda mais usuários. A "qualificação da prática clínica" deu-se por meio de capacitações da ESF e deve ser inserida na rotina com incorporação da capacitação continuada a partir da realização de atividades de educação em serviço, que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas da atenção básica possibilitando reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe quanto individuais e neste sentido também é necessário que a gestão fortaleça estas iniciativas.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Este documento tem por objetivo relatar a comunidade a intervenção que foi realizada pela equipe de saúde da família - ESF de Vera Mendes - PI em Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes Melitus - DM, nos meses de setembro a novembro do ano de 2014, para que possam tomar ciência da importância desse trabalho e engajá-los ainda mais na saúde do município.

Estimativamente, na área existem 459 usuários que são hipertensos e 113 que são diabéticos e, em parte, pelas dificuldades relatadas tínhamos apenas 12 pacientes diabéticos e 205 hipertensos cadastrados e fazendo acompanhamento regular na UBS.

Este dado que apresento, entre outros que posso apresentar aos interessados da comunidade, foi conseguido após uma análise da situação que se encontrava a atenção aos hipertensos e diabéticos realizada antes de iniciarmos a intervenção e foi um dos que nos motivou a realizá-la nesta área, buscando melhorias. Identificou-se vários problemas enfrentados em relação aos hipertensos e diabéticos, desde o cadastramento e acompanhamento destes usuários até tratamento realizado, sendo desastrosa a situação numa área tão importante da atenção básica. Escolhemos então essa área para trabalhar mais de perto,

planejamos uma intervenção e ao passo que realizava meu curso de especialização, melhorávamos e organizávamos o atendimento desses pacientes acompanhados na UBS.

Como resultado dessas ações conseguimos atender e cadastrar todos os diabéticos da área e chegamos a 459 hipertensos cadastrados e atendidos, o que corresponde a mais do dobro do que tínhamos antes de iniciarmos essa intervenção, sendo esse resultado extremamente satisfatório e positivo para equipe e que refletirão para a comunidade a medida que espera-se reduzir as complicações e eventos agudos dessas doenças. Foi muito bom e gratificante ver pacientes que antes tomavam suas medicações erradamente, não seguiam seus tratamentos, chegarem a UBS com sua pressão controlada, sem o "diabetes" estar alto, preocupados em saber mais sobre seus problemas de saúde em vez de só virem receber seus remédios, entre outras melhorias.

São esses fatos que estou relatando agora depois da intervenção que justificam o porquê das prioridades que os pacientes hipertensos e diabéticos tinham, principalmente os de alto risco, ao chegarem a UBS e que muitas vezes, principalmente no início deixava os demais usuários chateados e por mais que explicássemos a organização dos atendimentos, muitos não entendiam.

Após os três meses da intervenção, alcançamos nossos objetivos, mesmo que alguns de forma parcial, mas que mesmo assim trouxeram melhorias para os hipertensos e diabéticos e abriram também uma expectativa e incentivo para continuar com o trabalho e expandir para outras áreas da atenção básica. Houve qualificação da atenção prestada pela ESF de Vera Mendes aos usuários e o tema também passou a receber destaque pela população e com isso espera-se agora que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Assim, deixamos aqui o convite para que possam se aproximar mais da unidade de saúde, bem como dos serviços que oferecemos aqui na UBS, afinal, todos somos parceiros e responsáveis pela promoção de uma saúde adequada, com qualidade.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

No início tudo traz o desafio do novo, do conhecer e do aprender. Foram com esses desafios que traduzi minhas expectativas iniciais em relação ao curso de especialização em saúde da família pela UFPEL. Inicialmente, ainda sem compreender o Projeto Pedagógico do curso, confuso e ansioso com tanta informação e a nova forma de estudar que nunca havia experimentado antes, o ensino a distância, porém confesso que naquele instante visava somente a minha qualificação profissional e a obtenção do título de especialista em saúde da família. As aulas iniciaram, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem, e o meu orientador, Dr. Marcos, comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, aprender conteúdos, e a ansiedade foi desaparecendo e dando lugar aos estudos.

Com o passar das semanas iniciais, fui entendendo o projeto pedagógico do curso e o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe da USF que trabalho, trouxe para fóruns considerações e dúvidas clínicas, compartilhei conhecimento e experiências com colegas nos fóruns, divulguei o curso para outros profissionais e incentivei a participação deles nas turmas posteriores.

Passei por alguns problemas de orientação ao iniciar a intervenção que quase me afastaram do curso durante o processo de elaboração do projeto de intervenção que quase me fizeram desistir do curso, postava as tarefas e não obtinha o feedback que necessitava, fracassei a ponto que várias vezes, pensei em desistir. Atrasei a intervenção em quase 5 semanas por conta disso. Porém, com o auxílio do apoio pedagógico, tanto consegui adequar o projeto de intervenção para que pudesse iniciar a intervenção propriamente dita como foi disponibilizado um novo orientador, com a ajuda do qual consegui perseguir no curso e concluir com

minha intervenção. Ele demonstrou-se desde o início muito prestativo, disponibilizou-se a ir atualizando os feedbacks das tarefas anteriores que haviam ficado sem e dessa forma consegui retomar a vontade de seguir no curso, com o reestabelecimento sequencial do projeto pedagógico e do aprendizado.

No início também não imagina o nível de dificuldade que seria realizar a intervenção na UBS que trabalho, Vera Mendes - PI. Além da dificuldade da falta de orientação inicial que tive nas primeiras semanas de intervenção, tive dificuldade em seguir o cronograma proposto, pois o fluxo da unidade era intenso por só existir ela no município, e a população estar habituada ao atendimento por livre demanda e ser resistente ao atendimento de forma programática, o que muitas vezes, principalmente no início da intervenção, o projeto escoava para segundo plano diante de outras demandas da unidade e do cansaço dos atendimentos, que chegavam a 60 diariamente. Acredito que mesmo com estes problemas, poderia ter procurado uma forma de contorná-los e assim, cumprir os prazos corretamente. Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que muitas metas não tenham alcançado os 100% previstos, e com meu aprendizado, além de ficar a expectativa da continuidade das ações implementadas.

Para a minha prática profissional o curso possibilitou aquisição de novos conhecimento a cerca da Estratégia Saúde da Família - ESF e a atenção básica, o exercício dos conhecimentos teóricos na prática clínica, a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos demais membros da equipe para um trabalho programático, amplo e organizado para com os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS de Vera Mendes, além da valorização profissional e estímulo para essa forma de trabalho em outra áreas.

Como aprendizados mais importantes decorrentes do curso, destaco: o planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na estratégia saúde da família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe.

Trabalhando da forma que ensina o curso de especialização, aprendi que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em avaliações, em levantamento de dados, pois dessa forma conseguimos quantificar e entender todas as necessidades da população assistida e podemos traçar e priorizar ações direcionadas a elas, para que causássemos impacto positivo no processo saúde-

doença da população assistida. Sobre o conceito e organização da demanda espontânea, pude aprender que diferencia-se da demanda programada por conter os usuários que procuram a unidade de saúde que não se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas na atenção básica, enquanto que a primeira corresponde aos usuários que se enquadram nestas prioridades e possuem uma lógica de agendamento e seguimento regular para consulta e acompanhamento, gerando um vínculo epidemiológico, permitindo por meio das ações programáticas, identificar e agir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários, o que é um dos principais objetivos da ESF. Em relação a organização do processo de trabalho da ESF, aprendi que é extremamente necessário tal organização, uma divisão de tarefas e atribuições a fim de que possa proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários adstritos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Anexos

Anexo C - Folha de Aprovação do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	