

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família Modalidade a Distância
Turma nº 7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Ivo Braga Fialho,
Itacurubi/RS**

Idalmis Raiza Lugones Toscano

Pelotas, 2015

IDALMIS RAIZA LUGONES TOSCANO

**Melhoria da atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Ivo Braga Fialho,
Itacurubi/RS**

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

Orientadora: Dayana Kelly Silva Oliveira

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

T713m Toscano, Idalmis Raiza Lugones

Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Ivo
Braga Fialho Itacurubi/RS / Idalmis Raiza Lugones Toscano; Dayana
Kelly Silva Oliveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Oliveira, Dayana Kelly
Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família:

Pelo esforço, carinho, apoio constante por mais que tudo, por seu amor e incondicionalidade apesar da distância.

Agradecimentos

Agradeço à minha supervisora Izadora Moreira os elogios, sorrisos, dedicação; minha orientadora da UFPEL pelo apoio incondicional, que me serviram de superação e a Deisi Leal, sem ela seria impossível.

Faz-se necessário a menção de toda a equipe de saúde da UBS Ivo Braga Fialho: Adriana Siqueira Maciel, Alaíde Caetano Rodrigues, Albino Ferreira Kaufman, Alzira Setembrina Silva Soares, Ana Claudia Veias da Silva, Carlise Oliveira dos Santos, Clarinda Morilo, Eduardo Jornada Bastos, Eleno de Souza, Eliane Marlise Bubanz Sievers, Eroni Carvalho Ferreira, Etevaldo Portela Machado, Eunice Stefan da Silva, Fernando Engel Corrêa, Idalencio Machado dos Santos, , Irá de Fátima B. Acosta, Joceli Guedes Marques, Jorge Machado Soares, José Airton Caetano, Juarez Martins Ribas, Leonarda Andrade de Lourenço, Luiz Fernando, Marcelo Flores Kucera, Marcia Goulart Portela, Maríndia Silva da Silva, Marisane S. Cesar, Maristela Martins da Silva, Paulo Cesar Machado dos Santos, Persia Adroniram Belmonte, Oldemiz Moraes Nunes, Quelen Freitas de Lima, Querlen Vieira Gloger, Rafael Ayres Caetano, Ricardo Silveira, Rogério da Rosa Zacarias, Rosalaine de Lima Guedes, Sezefredo Ortiz Oliveira, Simone Carvalho Rigon, Tcharle Pavão, Thiago da Silva Loureiro , Valfrido Rodrigues Fontela, Vera Lúcia dos Santos Cogo e Alvaro Junior Silva.

Resumo

TOSCANO, Idalmis Raiza Lugones. **Melhoria da atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS. 86f. 2015.** (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

O Ministério da Saúde apresenta os eixos de atenção à saúde para orientar os profissionais da Estratégia Saúde da Família para que desta forma estabeleçam o cuidado a grupos prioritários. Dentre estes, destacam-se a hipertensão arterial e o diabetes que, além de ser um grave problema de saúde pública, são fatores de risco para diversas outras patologias. Este trabalho apresenta os resultados de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS. O objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos em Itacurubi. Foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público; qualificação da prática clínica. Os dados da intervenção foram registrados a partir da ficha-espelho produzida para a intervenção e os dados digitados, transcritos para planilha de coleta de dados. Participaram da intervenção 226 pessoas com hipertensão e 93 com diabetes e as ações foram desenvolvidas em três meses. Quanto à estruturação do serviço para o atendimento destes usuários foi utilizado protocolo para a atenção do hipertenso e diabético e registro específico para este atendimento. A intervenção atingiu uma cobertura de 83.7% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Em relação aos exames clínicos, 100% dos hipertensos e 95.7% dos diabéticos tiveram seus exames em dia de acordo com o protocolo. Todos os usuários faltantes nas consultas receberam busca ativa, bem como o recebimento das orientações referentes à promoção da saúde. Esses dados refletiram significativamente na melhoria da qualidade do atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes na unidade de saúde em questão.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, saúde da família, diabetes, hipertensão, doenças crônicas não transmissíveis.

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde | 53 |
| Figura 2 | Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde | 54 |
| Figura 3 | Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo | 55 |
| Figura 4 | Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo | 56 |
| Figura 5 | Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo | 57 |
| Figura 6 | Gráfico: Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico | 59 |
| Figura 7 | Gráfico: Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico | 60 |
| Figura 8 | Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa | 61 |
| Figura 9 | Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura proporção de diabéticos com o registro adequado na ficha de acompanhamento | 62 |
| Figura 10 | Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia | 64 |
| Figura 11 | Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável | 65 |

- Figura 12 Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular 67
- Figura 13 Gráfico: Evolução mensal do indicador cobertura proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo 68
- Figura 14 Gráfico: Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal 69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|--------|---|
| APS | Atenção Primária a Saúde |
| CP | Citopatológico |
| CRS | Coordenadoria Regional de Saúde |
| DM | Diabetes Mellitus |
| EAD | Educação à Distância |
| ECG | Eletrocardiograma |
| ESUS | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| ESF | Estratégia em Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HSCS | Hospital de Caridade de Santiago |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| MST | Movimento dos Sem Terra |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PPM | Programa de Valorização na Atenção Básica |
| PROVAB | Programa de Valorização Atenção Básica |
| RS | Rio Grande do Sul |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas |
| UNASUS | Universidade Aberta do SUS |

Sumário

| | |
|---|----|
| Apresentação | 12 |
| 1 Análise Situacional | 13 |
| 1.1 Situação da ESF/APS no serviço | 13 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional | 14 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e a Análise Situacional | 20 |
| 2 Análise Estratégica..... | 22 |
| 2.1 Justificativa..... | 22 |
| 2.2 Objetivos e Metas..... | 23 |
| 2.2.1 Objetivo geral | 23 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas..... | 23 |
| 2.3 Metodologia..... | 25 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações..... | 25 |
| 2.3.3 Indicadores..... | 39 |
| 2.3.3 Logística | 42 |
| 2.3.4 Cronograma | 50 |
| 3 Relatório da Intervenção | 51 |
| 3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente..... | 51 |
| 3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas | 52 |
| 3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores..... | 53 |
| 3.4. Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra | 53 |
| 4 Avaliação da Intervenção | 54 |

| | |
|--|----|
| 4.1 Resultados | 49 |
| 4.2 Discussão..... | 71 |
| 5 Relatório para a comunidade | 74 |
| 6 Relatório para os gestores | 77 |
| 7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem..... | 80 |
| Referência Bibliográfica | 82 |
| Anexos | 83 |

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas em Parceria com a UNASAUS. O trabalho tem como título a Melhoria da atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.

Está organizado em sete capítulos.

Capítulo 1- A primeira parte está composta pelo Relatório da Análise Situacional, onde descreve a situação da Estratégia de Saúde da Família, funcionamento, profissionais que fazem parte da equipe, população adstrita;

Capítulo 2- Análise Estratégica-Projeto de Intervenção que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatro eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção;

Capítulo 3- Composto pelo Relatório da Intervenção que contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Capítulo 4- Avaliação da Intervenção, contemplando os resultados e discussão.

Capítulo 5- Relatório para o gestor, demonstrando os resultados.

Capítulo 6- Relatório para a comunidade relata a intervenção realizada.

Capítulo 7- Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem, o significado do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma unidade de saúde “tradicional” com reformas, chamada Unidade de Saúde Ivo Braga Fialho, localizada na área central da cidade de Itacurubi/RS, possui atendimento médico em dois turnos, manhã e tarde até às 17 horas, conta também com atendimento odontológico, ginecologia, cardiologia, geriatria, psicológico e fisioterapia, conta com uma ampla zona rural onde não existem outras UBS.

Neste momento a UBS tem projeto para ampliação, pois ainda não possui a estrutura física adequada para uma equipe de saúde dar atendimento como preconizado na bibliografia de Estrutura da UBS. A governabilidade para superar as dificuldades acima descritas depende da Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal, e minha proposta neste momento é fazer entrevista com eles para que conheçam a necessidade de melhorar estas dificuldades, para oferecer melhor qualidade de vida aos usuários para planejamento e execução de um projeto que possa atender a necessidade da equipe.

Temos uma Sala de reabilitação onde a população se beneficia com atendimentos fisioterapêuticos ambulatoriais e domiciliares onde estes se aplicam nos casos em que há dificuldade do usuário ao acesso a unidade básica de saúde. Os mesmos são realizados de segunda a sexta-feira no período da manhã e da tarde com o acompanhamento do usuário durante as sessões até o momento da alta do mesmo.

Consideramos que nossa UBS em relação aos equipamentos, instrumental, materiais de consumos, insumos e vacinas não apresentamos grandes dificuldades para o desenvolvimento do trabalho. O sistema de manutenção e reposição de equipamento, instrumentos, insumos e mobiliário é ótimo.

No caso da recepção, não há computador ainda, não temos o sistema de prontuário eletrônico implantado, mas já estão em andamento a implantação do ESUS que é um programa de rede eletrônica para controle do andamento da unidade facilitando o acesso as informações.

A quantidade de Agentes Comunitários de Saúde é suficiente, para toda a população que visita, então 100% das famílias é visitada, mas priorizamos as mais necessitadas, que são discutidas em reunião de equipe.

A Farmácia com relação à disponibilidade dos medicamentos em nosso município foi feita uma adequação do elenco de referência nacional de medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica na Atenção Básica de acordo com a demanda, baseada na prescrição dos médicos que atendem na UBS, bem como os especialistas conveniados com a prefeitura. Atualmente, oferecemos a população um número suficiente de medicamentos. Quando não dispomos de um deles que corresponda Atenção Básica orientamos o usuário para que busque junto ao Governo do Estado através de processos judiciais.

As consultas de pediatria são feitas pelos clínicos gerais, mas para oferecer um melhor atendimento aos usuários, a equipe propõe a secretaria de saúde fazer contrato de um Especialista de pediatria com outro município. A Equipe tem acesso à remoção de usuários em situação de urgência / emergência com ambulância disponível, mas a mesma não tem todas as condições necessárias para isso, porém estamos esperando uma nova ambulância com melhores condições para traslado dos usuários. E também temos contratos com Hospital em Município vizinho para oferecer as internações para usuário que requeiram.

Na UBS realizamos trabalho em equipe, onde cada profissional ajuda a resolver cada diagnóstico clínico para melhorar a atenção à população sem ficar na espera pelo resultado de um exame que pode demorar até 30 dias. Todos os atendimentos unidade são realizados através de ficha.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Itacurubi, localizado no oeste do estado do Rio Grande do Sul, com uma população de 3.549 habitantes com uma superfície de 1.120.874Km², situado entre São Borja e Santiago a 60 quilômetros de distância a 580 km de distância da capital do estado Porto Alegre.

O clima é subtropical úmido, economia é essencialmente baseada na agropecuária, onde prevalece o gado de corte, soja e arroz.

A saúde local é centralizada em uma única Unidade Básica de Saúde com nome de Ivo Braga Fialho, onde trabalho pelo Programa Mais Médico (PMM).

Recentemente, a via de acesso à cidade de Itacurubi foi asfaltada. Tal ação aperfeiçoou vários setores de interesse que trazem benefícios à população. O traslado de profissionais qualificados de outras cidades, a chamada migração pendular, foi um fato imediato.

A UBS está localizada em área estratégica favorável, na avenida principal do município e de fácil acesso a todos. Tem bela fachada, com pintura recente. Prestam serviços de assistência profissional com consultas médicas (Clínica Geral e Ginecologia), eletrocardiograma (ECG), coleta de cito patológico (CP), curativos, aplicação de injeções, suturas e retiradas de pontos, imunizações, verificações de pressão arterial (PA) e glicemia, serviço de agendamento de consultas especializadas, consultório odontológico sem raio x (RX) e farmácia central.

A unidade de saúde é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integral e apresenta consórcio intermunicipal com o Hospital de Caridade de Santiago (HCS), município vizinho e distante 60 km. O consórcio abrange internações hospitalares, atendimentos de pronto-socorro, urgências e emergências, todos cobertos pelo SUS. Não dispomos de Núcleo de Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidade odontológica (CEO) por falta de estrutura.

A remoção dos usuários é realizada quase imediatamente por motoristas da prefeitura em ambulâncias e automóveis adaptados para transporte de usuários enfermos. Os exames complementares laboratoriais não são realizados na própria UBS. Os exames médicos e de urgência são encaminhados ao município referência (Santiago) para serem realizados. A UBS conta com doze profissionais de ensino superior: quatro médicos (sem contar um do PROVAB e um do Mais Médicos), dois enfermeiros, dois odontólogos, um farmacêutico, um psicólogo e um fisioterapeuta. Conta também com três profissionais de ensino médio; dois técnicos de enfermagem e uma auxiliar de saúde bucal. Ainda conta com; três auxiliares de serviços gerais, um atendente de farmácia, dois fiscais sanitários, duas recepcionistas, dois auxiliares visitantes sanitário, um agente administrativo, oito motoristas, um secretário de saúde e uma assessora de secretaria.

Em relação à estrutura da UBS, o ponto que considero importante ressaltar é que as instalações foram sendo adaptadas ao longo de 20 anos, causando desarmonia entre setores, locais inapropriados e confusão para aqueles que não conhecem o local. Possui projeto arquitetônico de reformas aprovado pela NVES/DVS/CEVS/SES, porém as áreas aprovadas não foram executadas na sua

totalidade e algumas áreas construídas não estão sendo utilizadas conforme o projeto original. A UBS é de alvenaria, com pavimento, com local para embarque/desembarque e rampas para facilitar o acesso. Ventilação e iluminação natural/artificial satisfatória na maioria dos locais. Revestimento de piso e teto adequados (liso e lavável) em algumas dependências, que passaram por reformas, porém algumas paredes necessitam de manutenção e conservação, pois apresentam rachaduras e mofo. Portas internas (três consultórios e outras dependências) de vidro, com cobertura adesiva lisa, lavável e impermeável, que permitem privacidade dos usuários. Possuem algumas dependências identificadas e outras necessitam de identificação. De modo geral, as condições de higiene e limpeza dos ambientes, equipamentos e mobiliários são insatisfatórias pela última análise da inspeção da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Concomitantemente, traçando um plano de ação, as medidas simples de melhorias, que me parecem maioria, devem ser realizadas de maneira resolutivas e promover a manutenção e acompanhamento de todas as medidas, com a união e colaboração de todos. Quando um usuário está doente, além da cura, ele quer ser tratado por meios de bom grado e respeito.

Em relação à equipe, todos são muito receptivos, pessoas parceiras, demonstrando enorme carinho com a minha chegada. Chego num momento de mudanças. Vejo que a equipe está insegura na transformação da Unidade de Saúde Básica em Equipe de Saúde da Família e não há instrução adequada dos profissionais responsáveis para esta mudança. Porém, através das reuniões de equipe estamos trabalhando em conjunto, as atribuições de cada um, os objetivos, avaliando as dificuldades dos agendamentos, do transporte para os usuários e para as visitas domiciliares, traçando metas para conseguirmos superar estas dificuldades com o comprometimento de toda a equipe.

Na UBS existe altos índices de morbidades relacionadas à *Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial. Uma questão importante a ser abordada é o Movimento dos Sem Terra (MST), situado ao norte de Itacurubi, eles moram em um assentamento com um total de 175 famílias composta por 752 habitantes aproximadamente, com 328 do sexo feminino e 424 do sexo masculino, tendo em vista que existe grande fluxo de chegada e saída de novas famílias. A triagem é feita no momento que chegam ao serviço e retiram fichas para o atendimento médico/odontológico.

A demanda de atendimento é realizada por meio de fichas de atendimento médico e atendimento de consultas agendadas. O funcionamento do serviço não é o mais adequado, mas não possuímos excesso de demanda e dificilmente algum usuário sai da UBS sem ao menos receber uma orientação por parte de algum profissional da equipe, mesmo que o atendimento médico/odontológico não seja realizado no turno desejado. Além desses atendimentos, os casos de urgência e emergência são atendidos de forma prioritária por toda a equipe de saúde, independente do serviço estar com a demanda do dia suprida. Casos de urgência/emergência invariavelmente são encaminhados para Santiago em uma ambulância com suporte básico. Nosso acolhimento é feito apenas no início da manhã e/ou início da tarde. É realizado pela equipe de referência do usuário, porém, ainda não nos organizamos para realizar um acolhimento coletivo.

Acredito que o ideal é aquele acolhimento que atende satisfatoriamente as necessidades dos usuários, que gera menos sobrecarga para a equipe e que não sacrifica a demanda programada. Aqueles usuários que estão aguardando atendimento permanecem na sala de espera, após uma breve conversa com a recepcionista e retirada de sua ficha de atendimento, passam pelo acolhimento individual e são direcionados para os setores definidos. Tais ações já demonstraram ser catastróficas, pois não cumprem com requisitos básicos da atenção primária em promoção, proteção e recuperação da saúde. Há apenas um serviço assistencialista de livre demanda, não organizada em grupos. Entretanto, há uma comoção em transformar este serviço em duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporcionando a longitudinalidade, acessibilidade, coordenação e integralidade da população Itacurubiense. Uma equipe será conduzida por um médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e outra do Mais Médico.

Segundo estimativas disponibilizadas pelos Cadernos das ações programáticas disponibilizadas pelo curso a população do município está estratificada da seguinte forma:

| | |
|---|------|
| Mulheres em idade fértil (10-49 anos) | 1086 |
| Mulheres entre 25 e 64 anos | 964 |
| Mulheres entre 50 e 69 anos | 361 |
| Gestantes na área - 1,5% da população total | 52.5 |
| Menores de 1 ano | 42 |
| Menores de 5 anos | 84 |
| Pessoas de 5 a 14 anos | 519 |

| | |
|---|------|
| Pessoas de 15 a 59 anos | 2294 |
| Pessoas com 60 anos ou mais | 477 |
| Pessoas entre 20 e 59 anos | 2007 |
| Pessoas com 20 anos ou mais | 2484 |
| Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão | 782 |
| Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes | 224 |

Não foi possível o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas devido à inexistência de dados na UBS. Os poucos dados utilizados no relatório, foram de informações dadas pelos ACS de acordo com o que tinham em suas micro áreas.

As ações de atenção da saúde da criança, entre 0 a 72 meses, oferecem atendimentos de livre demanda, com cobertura de 37 para 90% das crianças até os 7 dias 17 para 42 % de cobertura de atenção a puericultura e não é maior devido a assistência com pediatras privados. Este grupo tem livre acesso, não necessitam fichas para o atendimento e mesmo assim não há sobrecarga. O acompanhamento junto à caderneta da criança não é estimulado, algo que já estou mudando, solicitando que a acompanhante da criança tenha sempre em mãos. A vacinação é realizada adequadamente graças à organização da equipe de enfermagem, sendo esta a única atividade programática, mas de difícil monitoramento.

A região rural de Itacurubi é ampla e de difícil acesso, dificultando a proximidade do serviço de saúde com seus usuários, não exercemos ações programáticas de fato, mas quando há a busca por consultas, aproveitamos aquele momento para transmitir orientações gerais, relativas a cuidados da criança, às mães e acompanhantes com ajuda os ACS.

Em relação ao pré-natal, o serviço não é acompanhado por um médico de família, inexistindo consultas programáticas no aspecto da estratégia em saúde da família, não há este profissional que realize vínculos de fatos cronológicos: pré-natal, puericultura e pediatria. Porém, o serviço é centralizado na figura do médico ginecologista que atende, em um determinado dia da semana, a demanda de gestantes da área. Tais usuários têm uma boa qualidade de atendimentos, tendo preferência ao acesso, sendo conduzidas com todos os cuidados necessários, incluindo participação ativa de psicólogo, fisioterapeuta, enfermagens. Com a implantação da ESF, prioritariamente, as gestantes serão coordenadas pelo médico generalista, este sim terá o poder de encaminhar a gestante ao ginecologista se

achar necessário, o atendimento pré-natal é adequado com dificuldade devido o atendimento no setor privado, por isso não conhecemos sua cobertura. Acredito que haverá descontentamento das gestantes, ora, eram atendidas por um médico especialista e agora serão atendidas por um generalista. Em seguida, iram notar os benefícios e compreenderão o serviço.

O atendimento das usuárias em puerpério é feito pelo ginecologista e também pelo médico geralista, ofertando todas as orientações e apoio de que precisam nestes 42 dias tão importantes como a gestação. Nos últimos 12 meses, o acompanhamento do puerpério está sendo feito de acordo com o total de grávidas acompanhadas e que ganham bebê.

Em relação ao serviço de prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, tem uma cobertura de 90% sendo que os outros 10% procuram atendimento na rede privada. A acessibilidade ao serviço de prevenção é realizada quando as usuárias procuram atendimentos na UBS, por orientação das ACS ou por acompanhamento já estabelecido. Não são raras as usuárias que atendo que não estão em dia com a prevenção relativa à saúde da mulher, tivemos seis exames citopatológico alterados com acompanhamento. Com o ESF em implantação em nosso serviço, já há a preocupação com a coordenação destas usuárias e melhor acessibilidade. Realizar o agendamento é fundamental para bons resultados, pois envolve toda a equipe para uma mesma atividade podendo ser realizadas atividades dos diferentes serviços, integralidade ao usuário.

A diabetes mellitus e hipertensão são duas doenças que causam grandes morbi/mortalidades ao longo do tempo se não controladas. São doenças complexas e geralmente associadas a outros fatores complexos como dislipidemia, sedentarismo, sobrepeso, aterosclerose e o que julgo ser de pior controle, o hábito. São doenças crônicas, associadas ou não, distribuídas em várias etapas, em diferentes morbidades secundárias e em usuários de diferentes faixas etárias e necessidades, da HAS e DM não conseguimos avaliar a cobertura da atenção devido à ausência de dados na UBS, porém com o trabalho dos ACS chegamos a trabalhar com a população com as enfermidades já instaladas. Perante esta análise, observo que a cultura do gaúcho na sua essência influencia muito nos números de hipertensos, diabéticos e, sobretudo, pela pouca conscientização da importância de sua saúde. Através dos relatos observei que os usuários presenciaram seus familiares morrerem em tais circunstâncias como um processo normal da vida.

Tentar reeducá-los por vezes beira o desrespeito, de fato eles preferem a doença que deixar de seus hábitos . A população estimada de HAS e 728 e cadastrada 226, os diabéticos estimados foram 89 cadastrados 93. Nesta cultura, a alimentação rica e exagerada é a recompensa desejada após a atividade rural intensa. São homens e mulheres humildes, trabalhadores braçais enraizados na cultura agropecuária tradicionalista e não temem os males de uma vida desregrada.

Sobre a saúde da pessoa idosa, são bastante prejudicados por não receberem a assistência adequada, com cobertura de 348 para 73%. Eles são tratados com carinho e respeito, porém na parte técnica, ou melhor, na parte de planejamento deixa a desejar, para tal quadro tende a mudar uma vez implantado a ESF, pois teremos uma postura diferente. Os idosos serão coordenados com maior eficiência, dedicando um período semanal para o atendimento deste grupo, novamente a equipe poderá unir esforços, reforçando a integralidade e longitudinalidade, dois princípios importantes visando o cuidado ao idoso, já que existe uma morbi/mortalidade de DCNT de 64%, HAS 45% e DM 36%.

O serviço de odontologia na UBS se realiza em três dias na semana e com o encaminhamento ao CEO da cidade conveniada. Este serviço ainda é insuficiente para atender a demanda com cobertura de 17% muito baixa.

Desta narrativa situacional da UBS Ivo Braga Fialho, em Itacurubi, concluo e comparo que não supre as qualidades da Atenção Primária à Saúde(APS), baseada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, ainda temos que fazer trabalhar para melhorar APS.

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

Após este relatório situacional da UBS Ivo Braga Fialho, em Itacurubi, concluo que o modelo de saúde tradicional assistencialista, baseado em atendimentos de livre demanda e não se aprofundando em medidas preventivas dos grupos citados, a UBS em comparação a sua etapa inicial, mudou sua rotina de

trabalho, foi ampliada, melhorando a estrutura, a quantidade de insumos segue sendo suficiente, a farmácia está atendendo a necessidade da população, a equipe está mais estruturada, aumentando o número de profissionais como, por exemplo, odontólogos que atendem todos os dias da semana, atingindo um número maior de usuários. Também melhorou o acolhimento aos usuários, depois de realizar a análise situacional obtivemos mais informações sobre a população.

Estamos desenvolvendo por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Estamos trabalhando com os novos conceitos de equipe de ESF para alcançar as metas de prevenção de doenças na população.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa:

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são as mais frequentes das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Por tudo isso a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são problemas graves de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2013).

Em Itacurubi, município localizado na região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, o número de HAS é 223 e só apresentamos 7% de hipertensos cadastrados da população local; os DM são em número de 87, sendo 2,73% acompanhados na UBS, que é um problema de saúde da população. Na única Unidade de Saúde em Itacurubi, onde são centralizados os atendimentos da população, os hipertensos e diabéticos recebem cuidados quando vão procurar atendimentos, estes dados foram fornecidos pelos ACS das quatro micros áreas que irão ser trabalhadas na intervenção. A cidade foi dividida em oito áreas, para cada área existe um ACS, através destes conseguimos cadastrar os hipertensos e/ou diabéticos sendo necessário completar o processo de acessibilidade, ou melhor, dar continuidade ao rastreio dos agentes de saúde já que muitos usuários não aceitam sua doença.

Com a implantação da ESF, pretende-se desenvolver ações para esta população, respeitando o princípio da equidade, sendo solicitados aos ACS que cadastrem o máximo possível de usuários não menos de dez usuários hipertensos e dez usuários diabéticos por área conforme divisão deles. Para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças, como também para DM, é necessário fazer investigação clínico-laboratorial dos usuários hipertensos e diabéticos explorando as seguintes condições: confirmar a elevação da pressão arterial, valores de glicemia e

garantir o diagnóstico; avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo; identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco das doenças dos diabéticos; diagnosticar doenças associadas à hipertensão e diabetes e quando houver a causa da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os usuários para retorno serão agendados para outro dia da semana com exames complementares realizados. Para atingir tais objetivos, são fundamentais que a equipe de trabalho cumpra as seguintes etapas: história clínica, exame físico e avaliação laboratorial inicial do usuário hipertenso e diabético.

Diante disto, o objetivo do projeto de intervenção será o controle dos hipertensos e diabéticos em Itacurubi, proporcionando todos os benefícios garantidos pela Atenção Básica e melhorando a qualidade da vida dos usuários com estas doenças. Visto que a cobertura de usuários identificados com estas doenças é baixa e não existe uma organização do processo de trabalho para este foco na unidade, pretende-se melhorar a atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos, colocando em prática ações de saúde baseadas nos protocolos ministeriais, fazendo monitoramento.

2.2.Objetivos e Metas

2.2.1Objetivo geral.

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Ivo Braga Fialho em Itacurubi/RS.

2.2.2Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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.

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família Ivo Braga Fialho de município Itacurubi/RS.

2.3.1 – Ações e detalhamento

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

Metas:

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

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

Eixo monitoramento e avaliação:

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

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

Detalhamento das ações: durante o monitoramento e avaliação da cobertura de Hipertensos e Diabéticos da área será realizada semanalmente nas reuniões de equipe que ocorrem na sexta-feira à tarde, a atualização da cobertura será pelas visitas domiciliares dos ACS para fazer cadastramento, a avaliação será realizada nas fichas individuais de cada usuário. O odontólogo só participará em três turnos por semana.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação: os hipertensos e diabéticos serão acolhidos por um enfermeiro, o cadastro será realizado pelo ACS, com o gerenciamento do enfermeiro que também vai atualizar as informações do SIAB.

Eixo engajamento Público

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

Detalhamento da ação: os ACS organizarão em suas respectivas micro áreas uma reunião com os hipertensos e diabéticos, onde contará com a equipe de saúde responsável por essa área para esclarecer a importância e atingir todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Eixo qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da ação: Será realizado um treinamento para a equipe da saúde para o acolhimento dos hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo ministrado pela médica especializada do curso.

Objetivo 2. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas:

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

Eixo Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: A avaliação das consultas será realizada semanalmente nas reuniões de equipe através das Fichas Individuais.

Eixo organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares

Detalhamento da ação: os ACS serão informados pela recepcionista dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas e tentar programar outra consulta na agenda.

Eixo Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Os ACS deverão organizar dentro de sua micro área em locais oportunos grupos para informar sobre a importância das consultas e realizar outras ações relevantes que asseguram a participação popular.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: os ACS serão treinados para que os hipertensos e diabéticos assistam as consultas com a periodicidade prevista no protocolo da UBS.

Objetivo 3. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos com a periodicidade recomendada.
- Realização de exame clínico apropriado dos usuários. Monitorar diabético com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico

Detalhamento da ação: O monitoramento e avaliação da cobertura e das ações serão realizados através das fichas individuais identificando os usuários faltosos a cada consulta e odontólogo irá realizar o monitoramento de atendimentos.

Eixo organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
 - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais
 - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
 - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
 - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
 - Garantir a solicitação dos exames complementares.
 - Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
 - Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
 - Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: Na reunião de equipe se investigará se há necessidade de manutenção de algum material para melhorar o exame clínico dos usuários diabéticos e hipertensos, assim como se estão todos os exames complementares dos usuários para a consulta. E farmacêutico terá a responsabilidade do controle de estoque de medicamentos dos hipertensos e diabéticos e organizaremos a agenda de saúde bucal para atendimento destes usuários.

Eixo Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

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

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

Detalhamento da ação: Cada ACS organizará dentro de sua micro área reuniões com os usuários hipertensos e diabéticos para orientar sobre os fatores de riscos, sobre a importância da avaliação de saúde bucal, orientar os usuários e a comunidade quanto ao acesso aos medicamentos através da Farmácia Popular, bem como, orientá-los sobre os riscos de doenças cardiovasculares.

Eixo qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

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

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão

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

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

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

Detalhamento da ação: Será realizado treinamento para a equipe de saúde para acolhimento dos hipertensos e diabéticos, identificação dos usuários faltosos. Esta capacitação será realizada pela médica especializando do curso.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas

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

Eixo Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: o monitoramento da qualidade das fichas de registro dos usuários com HAS e DM será realizado durante a avaliação dos dados coletados a partir das ações realizadas durante a semana.

Eixo organização e gestão do serviço

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

avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação: O SIAB será atualizado mensalmente sob responsabilidade do enfermeiro chefe conforme fichas utilizadas durante intervenção. Nas reuniões de equipe deverá ter em pauta situações de atrasos na realização de exames complementares.

Eixo Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Cada ACS organizará dentro de sua micro área, encontros que saciem a necessidade e particularidades deste grupo populacional. Os pontos a serem abordados será sobre o direito em relação a manutenção dos registros de saúde.

Eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: A equipe será treinada em capacitações nas reuniões de equipe.

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

Metas

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

Eixo Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Durante a intervenção, o monitoramento e avaliação das ações serão realizadas pela avaliação das fichas.

Eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação: Os ACS vão priorizar o encaminhamento dos HAS e DM com maior risco de morbimortalidade. Usuários com sequelas terão prioridade na marcação de consultas, bem como em possíveis visitas domiciliares.

Eixo Engajamento Público

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

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

Detalhamento da ação: Cada ACS organizará dentro de sua micro área, encontros que saciem a necessidade e particularidades deste grupo populacional para orientar sobre sua doença, os riscos e estimular a comunidade a praticar atividades físicas.

Eixo Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: A equipe será treinada e capacitada para identificar os fatores de risco.

Objetivo 6.Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos

Eixo Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

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

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

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

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

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento da ação: Por meio das fichas desta intervenção, serão semanalmente revisados. Estas informações serão adquiridas a cada consulta clínica que serão reforçadas orientações para hábitos alimentares saudáveis e realização de atividades físicas. Usuários obesos também serão acompanhados, bem como com hábitos de tabagismo e encaminhados para tratamento com Higiene Bucal.

Eixo organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável

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

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação: Todos os membros da equipe trabalharão na promoção da alimentação saudável e prática de atividades físicas. Farão uma captura dos usuários obesos, fumantes e com necessidade de tratamento de Saúde Bucal.

Eixo Engajamento Público

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação: Cada ACS irá organizar dentro de sua micro área encontros com os usuários hipertensos e diabéticos para realizar ações relevantes que assegurem a participação popular, orientando sobre alimentação saudável, prática de atividade física, higiene bucal e riscos de tabagismo e obesidade.

Eixo qualificação da prática clínica

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

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação: a equipe será treinada e orientada em uma capacitação para dar orientações corretas quanto a hábitos alimentares saudáveis, realizar atividades físicas, higiene bucal e riscos do tabagismo.

O trabalho será em equipe realizando-se na UBS bem como na comunidade com os usuários que tem dificuldades de locomoção, se utilizará a ficha espelho para cada usuário hipertenso e diabético. Será um estudo individuado, longitudinal com intervenção a partir de o estudo ecológico, transversal. Os dados serão coletados nas fichas de coletas de dados fornecida pelo curso já escolhido pela equipe, a avaliação do estudo será por parâmetros da ficha espelho controlando a pressão arterial e os níveis de glicemia dos usuários com tratamento e mudanças de estilo de vida dos mesmos.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de HAS e DM.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da Unidade de Saúde;

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência o programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus e da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético

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

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência.

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

Indicadores:

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1 Realizar busca ativa a 100% dos hipertensos que faltaram as consultas na unidade de saúde conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;

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 Realizar busca ativa a 100% dos diabéticos que faltaram as consultas na unidade de saúde conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;

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

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

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

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde;

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

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

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

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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;

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Fornecer orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 Fornecer 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 usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4 Fornecer 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 usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Fornecer orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Fornecer 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 usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Fornecer orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Será adotado o manual do Ministério da Saúde do ano de 2013 para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus como principal guia técnico da intervenção.

Para o monitoramento e avaliação será utilizada a ficha espelho, serão necessário imprimir 350 fichas disponibilizadas pelo curso com consentimento do gestor, todo o material já foi conferido para ver o que esta disponível na UBS, com acordo tomado na reuniões de equipe os responsável será o pessoal da vigilância, começando com um total de 100 copias no primeiro mês, assim também na Farmácia Popular disponibilizará os medicamentos que usaram os usuários.

Sobre a organização do registro específico, uma nova reestruturação dos prontuários médicos será necessária. Deverá existir um local onde serão armazenadas todas as fichas dos hipertensos e diabéticos. Neste local, as fichas serão separadas pelas quatro micro áreas. O enfermeiro terá em mãos o livro registro dos usuários com HAS e DM que vieram consultar nos últimos três meses, buscará informações nas fichas e no prontuário clínico. Concomitantemente, realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, vacinas em atraso, etc. O monitoramento e avaliação dos dados da intervenção serão realizados semanalmente por meio da ficha coleta de dados.

A capacitação da equipe será realizada na primeira semana de intervenção, quinta-feira à tarde. Participarão todos da ESF1. Haverá leitura dos protocolos citados e sobre responsabilidades individuais e conjuntas, assim como simulação dos acontecimentos previstos no dia do atendimento. Todos os assuntos citados na capacitação serão abordados nesta primeira reunião. Esta reunião será conduzida pelo médico especializando. Na próxima semana, no mesmo horário e local será realizada a segunda reunião de equipe com o mesmo objetivo, mas esta abordará apenas as dúvidas surgidas após a primeira semana.

O cadastramento de novos usuários tende a ser realizado diariamente quando um hipertenso ou diabético, que ainda não tem cadastro, solicitar o atendimento. O ACS nas visitas domiciliares identificará os fatores de risco e possíveis usuários com estas doenças crônicas e que não foram à consulta. Em caso de óbito, também cabe ao ACS identificar tal situação através de visitas domiciliares e comunicar ao enfermeiro chefe para o descadastramento.

A cidade de Itacurubi tem 26 anos, a maior parte de sua população é rural, distribuída de forma ampla por todo seu território, existindo alguns pontos de concentrações populacionais. O engajamento público se tornou um grande desafio, então decidimos descentralizar esta ação. Todos os ACS terão a liberdade, dentro do primeiro mês, de marcar uma ou mais reuniões, em sua micro área, para serem abordados os temas do eixo engajamento público. Devem comparecer a estas reuniões pelo menos o médico especializando ou o enfermeiro, auxiliar do odontólogo e a ACS responsável. O formato de orientação depende da criatividade e técnica de todos os ACS, o importante é abordar todos os temas. Uma estratégia de reforço será abordar estes assuntos e levar os temas as igrejas, organizações de

bairros e comunidades para engajamento familiar (responsabilidade do coordenador do grupo de hipertensos e diabéticos).

Os faltosos serão visitados pelos ACS e será questionado o motivo da falta. Uma nova data da consulta será agendada (qualquer terça-feira do mês no primeiro turno). Cada caso terá uma conduta personalizada, dependendo dos motivos que levaram a não adesão. Temos que ter cuidado e paciência, em alguns casos, o abandono do tratamento, ser mais explicativos, fazer avaliação familiar.

Os usuários com algum tipo de problema de locomoção terão o benefício de visita domiciliar, da equipe de saúde. Eles não terão que se deslocar até o posto de saúde. Esta medida será intermediada pelos ACS com a equipe. O ACS deverá entrar em contato com o enfermeiro que organizará a logística da visita. A visita domiciliar compreende médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos e até fisioterapeuta quando indicado, basta o ACS identificar tal situação e solicitar o agendamento. As consultas serão a princípio todas as segundas-feiras no turno da tarde. Os agendamentos domiciliares devem ser previamente realizados pelo ACS, não podendo ser solicitado no dia desta atividade, os ACS farão busca ativa de todos hipertensos e diabéticos faltosos ou com consultas em atraso, sendo quatro por semana e um de cada micro área, em um total de 16 por mês.

O atendimento clínico aos hipertensos e diabéticos, será realizado todas as segundas feiras, sendo cinco usuários hipertensos no turno da manhã e cinco usuários diabéticos no turno da tarde, serão 40 usuários no mês. No restante do tempo teremos consultas de livre demanda e registro na planilha de coletas de dados. O atendimento será realizado primeiramente pelo enfermeiro. Este irá aferir sinais vitais, assim como peso e altura, hemoglicoteste e a avaliação multidimensional dos usuários. Após esta etapa, o usuário será conduzido ao ambulatório do médico especializando, este realizará uma avaliação individual detalhada e abordará alterações da avaliação multidimensional com maiores detalhes, prosseguindo na investigação. Ocorrerá a análise e comparação entre a avaliação multidimensional atual e anteriores; solicitação de exames complementares quando indicado; averiguação do uso dos fármacos da Farmácia Popular com exclusividade; rastreio de outras doenças; avaliação quanto à necessidade de consulta odontológica assim como orientação sobre a saúde bucal, orientação nutricional e de bons hábitos; orientação para a prática esportiva,

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo do Ministério da Saúde, e atribuição dos profissionais durante a intervenção. | X | X | | | | | | | | | | |
| Cadastrar todos os HSA e DM da área. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Grupo de HAS e DM | | | | X | | | | X | | | | X |
| Atendimento clínico e de enfermagem | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Atendimento domiciliar aos HSA e DM com problemas de locomoção. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Reunião de equipe | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Avaliar com o odontólogo a assistência dos usuários com HAS e DM | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Busca ativa de usuários obesos e/ou com hábitos de tabagismo | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Busca ativa dos HSA e DM faltosos as consultas. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Monitoramento e avaliação dos dados da intervenção | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

*As semanas marcadas com um 'X' indicam o período em que cada agente pode programar a Palestra/ Ação comunitária. Ou seja, não obrigatoriamente terá esta atividade em toda a semana referida.

**Pode ser que não tenhamos atendimento domiciliar toda semana, mas é preciso que seja disponível caso tenham atendimentos domiciliares de urgência.

3Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante as primeiras semanas de intervenção tive muito medo de que os usuários não viessem às consultas agendadas pela distância das micro áreas onde moram e a dificuldade de transporte para chegar até a UBS, além disto, estava atendendo sozinha, porém nas últimas semanas estou fazendo os atendimentos agendados com o apoio de outro médico, o que levou a elevação do número de atendimentos agendados que foram 226 hipertensos e 93 diabéticos.

Observei que conseguimos melhorar o índice de atendimentos odontológicos, o que facilitou foi o aumento do número de odontólogos e as estratégias com a auxiliar de odontologia para agendamento aos usuários diabéticos e hipertensos.

Fizemos a capacitação dos ACS conforme o cronograma com bom entendimento da intervenção nas primeiras duas semanas. O monitoramento e avaliação de risco estratificado em todos os usuários com boa aceitação foi feito com qualidade e como planejado. Os registros dos dados estão em ficha espelho e nos prontuários médico da UBS. Nas visitas domiciliares tivemos boa aceitação por parte dos usuários, fomos bem acolhidos, explicamos porque realizamos a intervenção e podemos fazer uma avaliação psicossocial de cada um deles. Tivemos grandes êxitos, observamos que com as atividades educativas desenvolvidas nos diferentes cenários e com a divulgação da intervenção, a população tem sido mais disciplinada. É necessário reconhecer o trabalho que estão desenvolvendo os ACS com os hipertensos e diabéticos que fizeram acompanhamento na UBS durante a intervenção.

Além disso, fizemos uma campanha de atendimentos clínicos, de vacinação contra gripe e outras vacinas e realizamos um bate papo com as pessoas presentes que ficaram curiosas e contentes porque nunca antes isso havia acontecido em sua comunidade. Durante esse encontro, falamos de hipertensão e diabetes a todos que estavam presentes, orientamos sobre as causas e prevenção, bem como a importância de comparecer as consultas agendadas para acompanhamento do tratamento e quando necessário à solicitação de exames. Podemos observar o quanto às pessoas não se preocupam com a alimentação como forma de prevenção. O interior ainda cultua muitos hábitos alimentares não saudáveis que levam esses usuários a tornarem-se hipertensos e/ou diabéticos no futuro.

Em parceria com a Vigilância em Saúde, foi abordado temas como água e dengue, já que o município vizinho o qual levamos usuários diariamente para exames e internação tem um caso de dengue confirmado e o nosso município possui o vetor transmissor da dengue. Quanto à água, orientamos sobre a sua importância, a necessidade de fazer economia, já que água doce tem apenas 3% no Brasil. Essa comunidade tem dificuldade de aceitação do tratamento da água, dificultando o trabalho dos responsáveis pela cloração, pois eles quebram os cloradouros por acreditarem que por ser água de poço artesiano não necessita tratamento e não está contaminada. Foi um ótimo trabalho, pois acredito que conseguimos convencer as pessoas que a água tem que ser tratada e que é um bem precioso no nosso dia-a-dia.

O monitoramento da Intervenção foi feito nas reuniões da equipe e avaliamos também o trabalho junto com a secretaria de educação e foi pautado encontros com professores. Os medicamentos controlados do Programa Hipertensão não faltaram para a população. A prescrição de medicamentos prioritariamente da Farmácia Popular é uma normativa, salvo em alguns casos específicos em que outras medicações se fazem necessárias, comuns em casos de doenças psiquiátricas, em que já foi testado fármacos da Farmácia Popular sem haver benefício ou em casos de poli farmácia, onde se faz necessários medicamentos que não interagem entre si.

Durante esta intervenção podemos constatar a frequência de usuários com pé diabético. Avaliamos dois usuários, e outras complicações como câncer de pâncreas.

Tivemos algumas dificuldades climáticas, tais como o frio, a chuva, fluxo de pessoas na UBS, toda falta do transporte em ocasiões para as visitas domiciliares, mas sinto que o desenvolvimento da intervenção alcançou avanços significativos através de muito trabalho, durante estas 12 semanas, cumprindo com todas as ações previstas.

Com o passar das semanas, apesar das dificuldades, os usuários começaram a entender a necessidade e o comprometimento de não faltar às consultas agendadas, embora estivesse chovendo e frio, eles se esforçavam porque observaram o quanto o tratamento é importante e pode trazer uma boa qualidade de vida através das orientações dadas.

Com a chegada de novos veículos para a atenção básica, foi melhorando a dificuldade que era encontrada no transporte de usuários que não tinham como chegar até a UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldade na coleta e sistematização dos dados, ocorrendo tudo dentro da normalidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Na UBS, tive como desafio propor um novo método de trabalho aos profissionais, para incorporar a ESF e nos ajudar no projeto de intervenção.

Ao final da intervenção, daremos continuidade ao trabalho e ações desenvolvidas pela equipe. O acolhimento aos usuários está funcionando adequadamente, com as fichas espelhos e a planilha de dados o que será êxito para o desenvolvimento na UBS. A avaliação dos usuários com odontologia é necessária que fique na UBS já que existe uma demanda dos usuários hipertensos e diabéticos com problemas odontológicos, com a intervenção conseguiu melhorar os atendimentos e a equipe está unida e empenhada em dá seguimento as ações na rotina da UBS.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados.

A UBS foi dividida em duas equipes, a qual ficou com uma população de 1774 usuários na área de abrangência da ESF, segundo a estimativa é de 226 hipertensos e 93 diabéticos cadastrados.

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

Metas 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabete mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde

Com relação aos resultados podemos observar que, ao se avaliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos de nossa unidade de saúde, encontramos um valor além do planejado. Só tivemos a dificuldade da falta de registro do número específico de usuários hipertensos.

Sendo assim, os valores foram determinados de acordo com as estimativas de Vigitel (2011), dessa forma consideramos para o denominador “Número total de residentes hipertensos com 20 anos ou mais na área de abrangência na área de saúde” 270 usuários, e para o denominador “Número total de residentes diabéticos com 20 anos ou mais na área de abrangência na área de saúde” 93 usuários.

Como meta para os usuários hipertensos visava cadastrar 100% destes e conseguimos uma cobertura de 18.9% (51 pessoas) no primeiro mês, 52.2% (141 pessoas) no segundo mês e 83.7% (226 pessoas) no terceiro mês (Figura 1).

Durante a intervenção cadastramos todos os usuários que vieram à consulta, e assim obtivemos uma melhora importante, porém, não de acordo com o proposto.

Apesar dos esforços para manter a cobertura ao programa, acredito que o número abaixo do esperado se deve a dificuldade de transporte até a UBS s, sendo

que algumas áreas ficam mais de 35 km de distância. Em outras localidades é impossível se deslocar em caso de chuva pelo elevado risco de atolamento, além que os usuários hipertensos são mais quantidade na comunidade do que diabéticos.

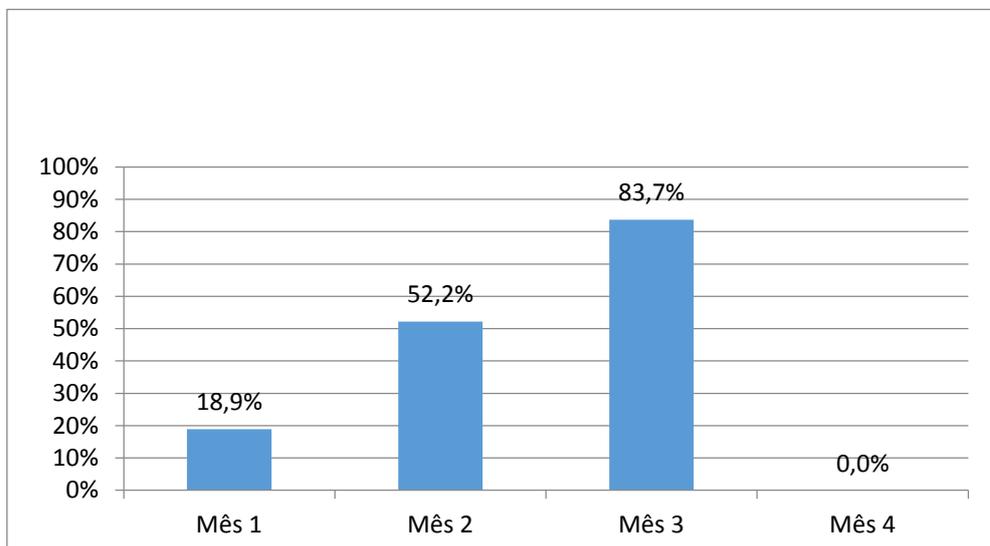


Figura 1: cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.

Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

Metas 1.2 - Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência o programa de atenção a hipertensão arterial e a diabete mellitus e da unidade de saúde

Indicador 1.2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde

O cadastramento dos diabéticos também teve uma baixa adesão no primeiro mês, posteriormente também foi realizada a busca ativa destes. Sendo assim, no primeiro mês foram cadastrados 18.3% (17 usuários), 45.2% (42 usuários) no segundo mês e 100% (93 usuários) no terceiro mês (Figura 2).

A equipe pôde atingir as metas de cobertura do programa, para os usuários diabéticos apesar de a dificuldade de transporte até a UBS, acredito pelo esforço e por ser menos quantidade de usuários e pelas ações realizadas durante a intervenção como divulgação orientações.

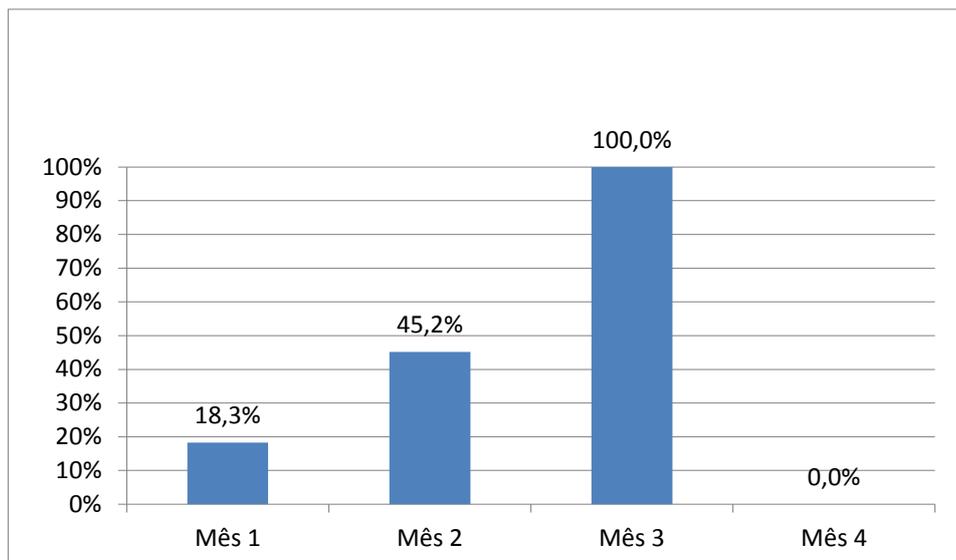


Figura 2: cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.

Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

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

Metas 2.1 - Realizar exames clínicos apropriados em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

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

Neste objetivo no primeiro mês em 100% dos usuários cadastrados foi realizado exame físico apropriado, no segundo mês 141 usuários (100%) estavam com exame clínico apropriado, mas no último mês todos os usuários (100%) também estavam com exame clínico apropriado.

As metas foram atingidas porque foram feitos todos os exames físicos aos usuários em consultas.

Metas 2.1 - Realizar exames clínicos apropriados em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

Indicador 2.1 - Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Neste objetivo não conseguimos atingir 100% de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, conforme a Figura 3, ou seja, no primeiro mês 94.1% referente a 16 usuários receberam exame clínico apropriado, já no segundo mês tivemos 97.6% (41) e no terceiro mês os indicadores baixaram sendo de 95.7% (89 das 93) receberam exame já que o médico do PROVAB finalizou sua atuação no município e fiquei sozinha na UBS, dificultando o cumprimento da meta.

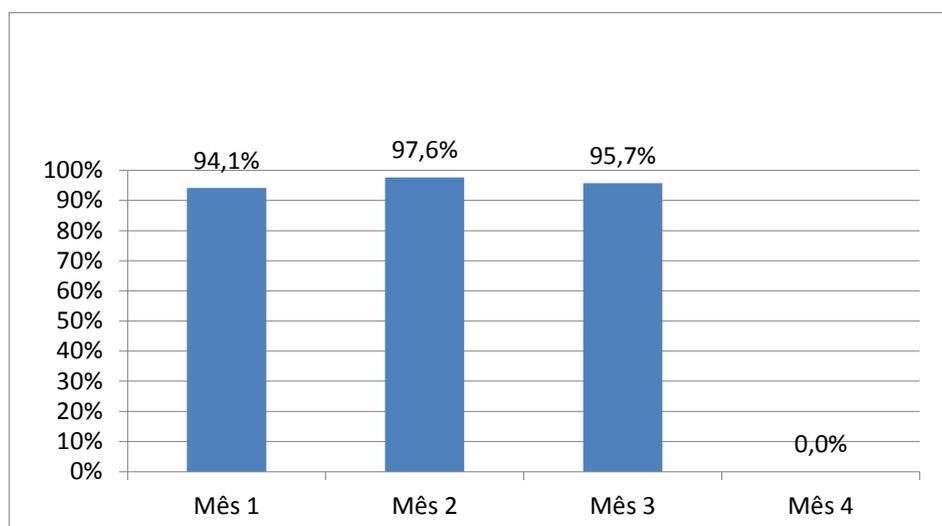


Figura 3: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/ RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

Meta 2.2 - Garantir para 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicadores 2.2 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Neste indicador também não atingimos a meta de 100% esperada. Sendo que, foram realizados exames complementares em 37 usuários que representam 72.5% dos usuários o primeiro mês, 80.1% (113 de 141 pessoas) no segundo mês e 90.3% (204 de 226 pessoas) no último mês (Figura 4). Este indicador, provavelmente pode ser explicado devido a que mudamos de laboratório e resultou em demora nas questões organizativas.

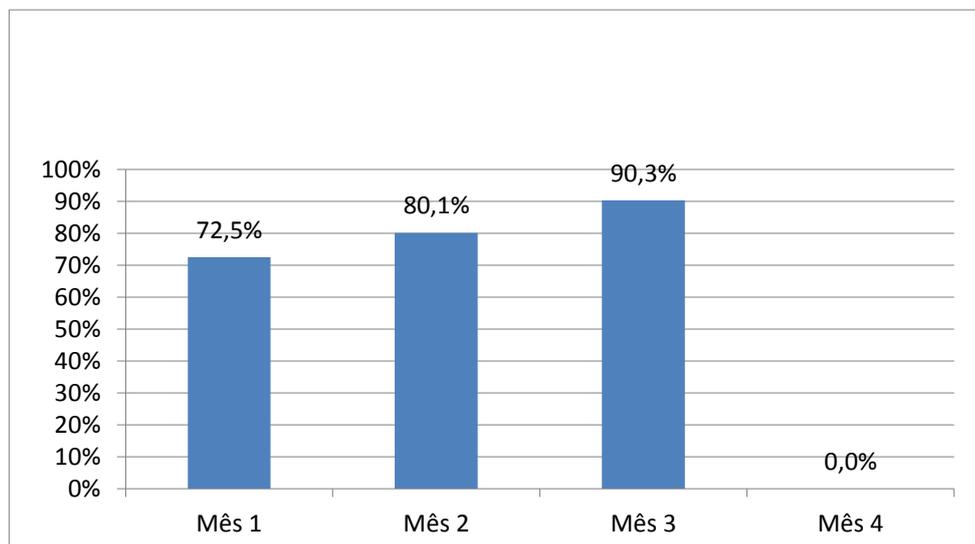


Figura 4: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/ RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

Meta 2.2 - Garantir para 100% de diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicadores 2.2 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação a este objetivo, também não conseguimos atingir a meta proposta, pois não foram realizados exames complementares de acordo com o protocolo em 100% dos usuários cadastrados. No primeiro mês, 11.8% (2 de 17 usuários) no segundo mês e 35.7% (15 de 42 cadastrados) no terceiro mês, 87.1% (81 de 93) (Figura 5). A queda destes indicadores deu-se pelas mudanças de laboratório e pela demanda de exames necessários que superou a capacidade do que poderia ser realizado no município.

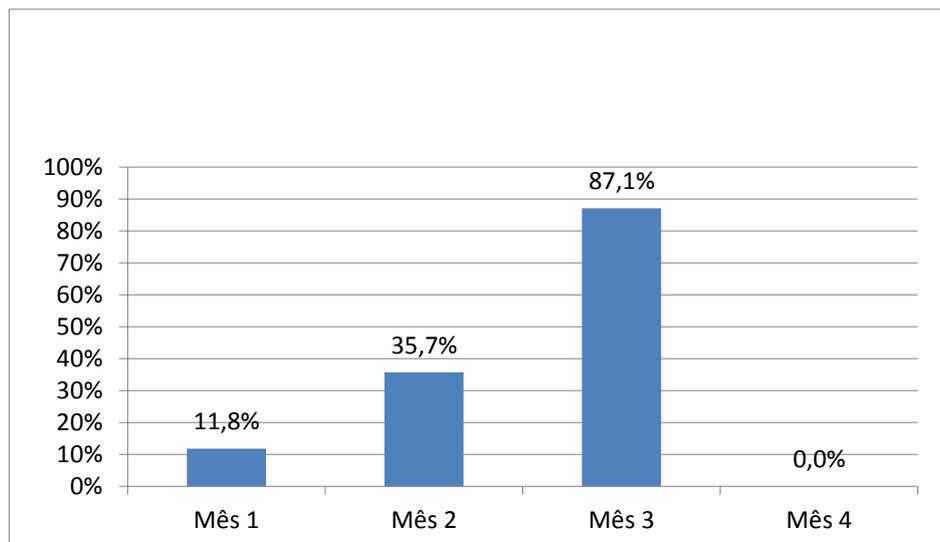


Figura 5 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

Meta 2.3- Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores 2.3- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Com relação ao indicador correspondente a esta meta é possível observar que tivemos sucesso com nossa intervenção, pois todos os usuários cadastrados (100%) receberam prescrição de medicamentos da lista da farmácia popular, sendo 51 usuários no primeiro mês, 141 usuários no segundo mês e 226 no terceiro mês, conforme a Figura 6.

A prescrição de medicamentos prioritariamente da Farmácia Popular é uma normativa neste projeto, salvo em alguns casos específicos em que outras medicações se fazem necessária, comuns em casos de doenças psiquiátricas, em que já foi testado fármacos da Farmácia Popular sem haver benefício ou em casos de polifarmácia onde se faz necessários medicamentos que não interagem entre si.

Esta medida foi muito bem aceita pelos usuários, pois era mais econômica. Além disso, demonstra o quão foram incentivados o uso de remédios da Farmácia Popular e sua significativa adesão.

Meta 2.3 - Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores 2.3 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Todos os usuários de diabetes cadastrados na intervenção (100%) receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, sendo 100% com 17 no primeiro mês, 42 no segundo e 85 no terceiro mês.

A prescrição de medicamentos prioritariamente da Farmácia Popular é uma normativa neste projeto, salvo em alguns casos específicos em que outras medicações se fazem necessária, comuns em casos de doenças psiquiátricas, em que já foi testado fármacos da Farmácia Popular sem haver benefício ou em casos de polifarmácia, onde se faz necessários medicamentos que não interagem entre si.

Esta medida foi muito bem aceita pelos usuários, pois era mais econômica. Além disso, demonstra o quão foram incentivados o uso de remédios da Farmácia Popular e sua significativa adesão.

Meta 2.4 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicadores 2.4 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Neste indicador também não atingimos a meta de 100% esperada. Sendo que, foram realizadas a avaliação odontológicas de 19.6%(10 de 51) dos usuários o primeiro mês, 53.2% (75 de 141 pessoas) no segundo mês e 74.3% (168 de 226 pessoas) no último mês (Figura 6). Este indicador foi aumentando depois de estratégias da equipe com a auxiliar de odontologia com sucesso nas populações.

Quando comecei o projeto havia apenas um odontólogo que trabalhava somente um turno por semana, após foi contratado outro profissional que trabalha mais dois turnos por semana. Os consultórios odontológicos estão sempre lotados e

muito do que é necessário não é realizado. A situação é alarmante, vejo na população menos abastada a história natural de falência da arcada dentária. É sub-humano, não me precipitaria em dizer que a saúde bucal em Itacurubi é praticamente inexistente, apesar de ótimos odontólogos que possuímos. Sendo assim, chegar a 53.2% de usuários avaliados já é um resultado ótimo.

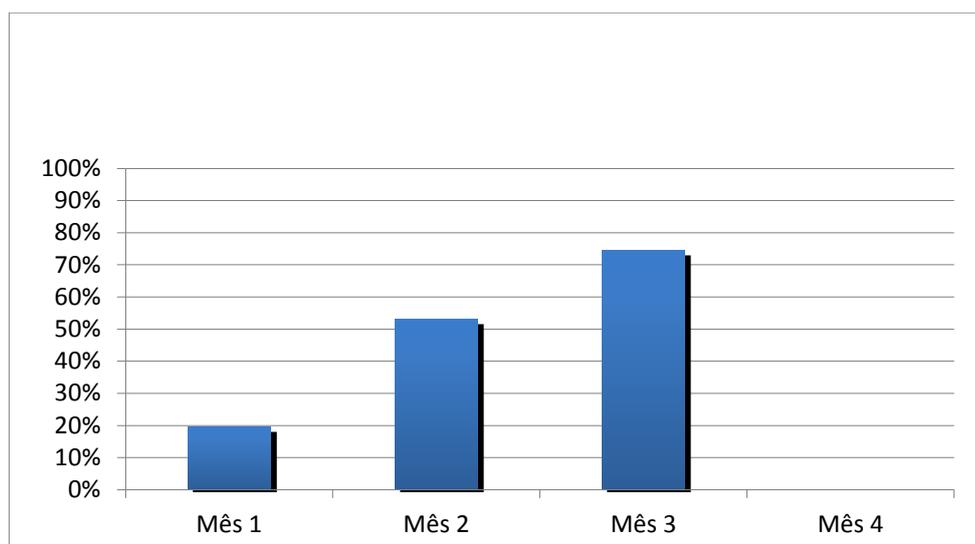


Figura 6 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

Meta 2.4 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicadores 2.4 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Neste indicador também não atingimos a meta de 100% esperada. Sendo que, foram realizadas a avaliação odontológicas de 11.8%(2 de 17) dos usuários o primeiro mês, 50.0% (21 de 42 pessoas) no segundo mês e 77.4% (72 de 93 pessoas) no último mês (Figura 7). Este indicador foi aumentando depois de estratégias da equipe com a auxiliar de odontologia com sucesso nas populações.

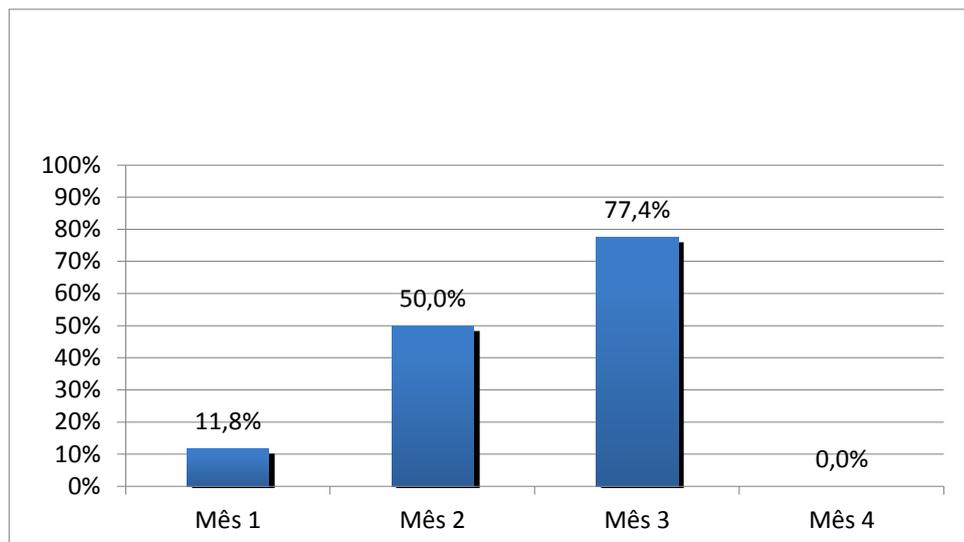


Figura 7: proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

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

Meta 3.1 - Realizar busca ativa a 100% dos hipertensos que faltaram as consultas na unidade de saúde conforme preconizado pelo Ministério da Saúde

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

Nos três meses de intervenção foram realizadas todas as buscas ativas aos usuários faltosos, cumprindo 100% nos três meses. Sendo que foram 4,15 e 17 pessoas faltaram no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente.

Estes usuários foram abordados através dos ACS e novas consultas foram programadas, ou pela demanda espontânea ou quando a intervenção abordasse novamente a micro área em questão. Quando o usuário faltava a consulta, se não houve encaixe na livre demanda, este usuário foi realocado na agenda das consultas.

Meta 3.2 - Realizar busca ativa a 100% dos diabéticos que faltaram as consultas na unidade de saúde conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

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

Nos três meses de intervenção foram realizadas todas as buscas ativas aos usuários faltosos. Sendo que foram 8 e 9 pessoas que faltaram no segundo e terceiro mês respectivamente, cumprindo 100% no primeiro mês não tiveram faltosos(Figura 8).

Estes usuários foram abordados através dos ACS e novas consultas foram programadas ou pela demanda espontânea ou quando o projeto abordasse novamente a micro área em questão. Quando o usuário falta à consulta, se não houver encaixe na livre demanda, este usuário foi recolocado na agenda das consultas.

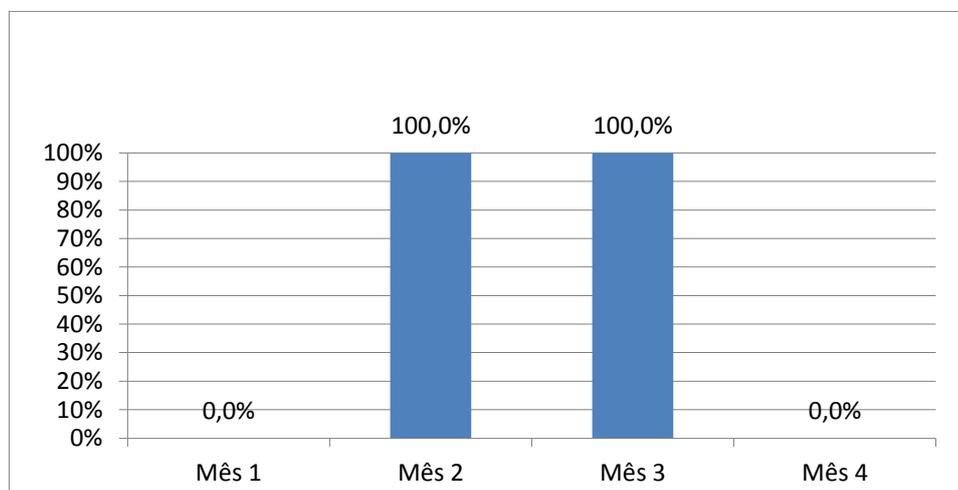


Figura 8: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/ RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Metas 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.

Com relação ao presente objetivo que aborda a melhora nos registros dos usuários hipertensos podemos observar que atingimos nossa meta, visto que em 100% dos usuários que foram atendidos em cada um dos três meses da intervenção, sendo 51 no primeiro mês, 141 no segundo mês e 226 no terceiro mês. Foi possível atualizar e manter um registro adequado destes usuários, contribuindo para o cumprimento da meta.

Metas 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicadores 4.2 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Neste objetivo não atingimos a meta de 100%, no primeiro mês foi 94.1% (16 de 17), no segundo mês 97.6% (41 de 42) e houve uma queda nos indicadores no terceiro mês 95.7%(89 de 93) de acordo com a Figura 9. Isso foi por um registro não adequado dos dados durante a intervenção, erro este que levou a este resultado.

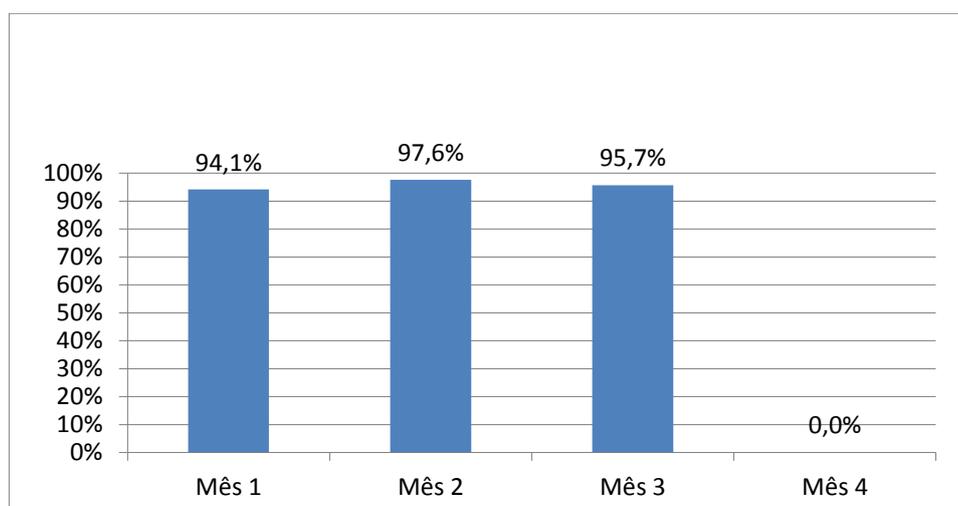


Figura 9: Proporção de diabéticos os com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/ RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

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

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

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

Observar se com relação a este objetivo que envolve a realização da estratificação do risco cardiovascular dos usuários hipertensos o que encontramos como resultado é positivo, uma vez que ao final da intervenção tivemos 100% dos usuários cadastrados com realização da estratificação do risco cardiovascular, sendo 51 no primeiro mês, 141 no segundo mês e 226 no terceiro mês.

O risco cardiovascular de usuários hipertensos é algo difícil de atingir logo no primeiro encontro, alguns dados precisam ser analisados em uma segunda consulta e por vezes o relato de um familiar próximo ou solicitação de um exame se faz necessário.

O médico pode até aferir prematuramente o risco através do histórico e anamnese completa, mas existem casos difíceis de serem avaliados em um primeiro contato. Muitas vezes, o usuário esquece o nome do remédio que faz uso, não sabe que tipo de cirurgia foi realizada, e tudo isso associado a um péssimo hábito de registro ilegíveis e ou superficiais nos prontuários médicos.

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

Indicadores 5.2 - Proporção de com diabéticos estratificação de risco cardiovascular.

Neste indicador tivemos um declínio e só realizamos estratificação do risco cardiovascular em 94.1%,97.6% e 96.8% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, referentes ao mês 1 (16 de 17), mês 2 (41 de 42) e mês 3 (90 de 93), respectivamente, conforme a (Figura 10).

O risco cardiovascular de é algo difícil de atingir logo no primeiro encontro, alguns dados precisam ser analisados em uma segunda consulta e, por vezes, o relato de um familiar próximo ou solicitação de um exame se faz necessário.

O médico pode até aferir prematuramente o risco através do histórico e anamnese completa, mas existem casos difíceis de serem avaliados em um primeiro contato. Muitas vezes o usuário esquece o nome do remédio que faz uso, não sabe desde quando tem a doença, número de ingressos e tudo isso associado ao péssimo hábito de registro ilegível e ou superficiais nos prontuários médicos.

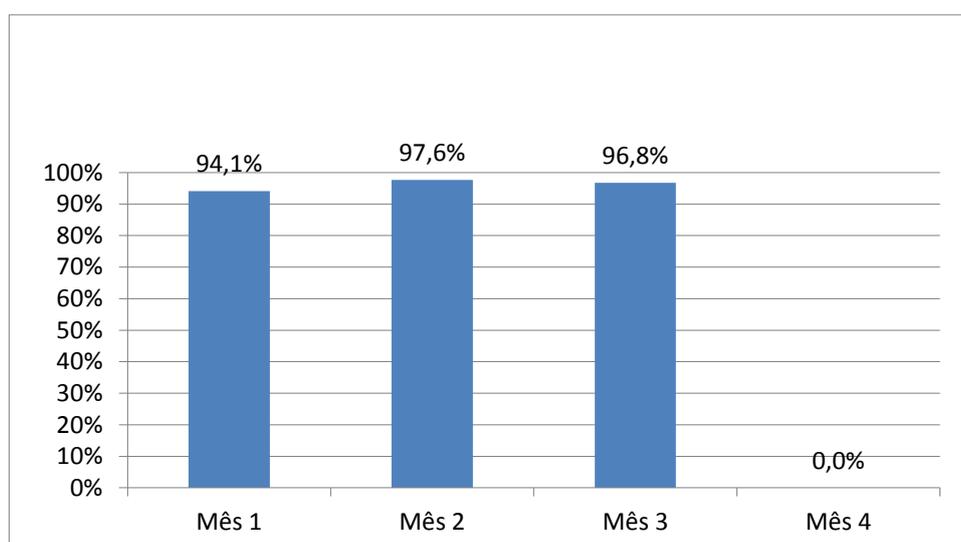


Figura 10: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/ RS. Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1 - Fornecer orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

Novamente, foi possível atingirmos nossa meta. É possível observar que desde o primeiro mês de intervenção já atingimos 100%, com 51 no primeiro mês, 141 no segundo mês e com 226 no terceiro os usuários hipertensos com orientações nutricionais sobre alimentação saudável contribuindo para o cumprimento da meta.

Metas 6.1 - Fornecer orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicadores 6.1 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Esta meta também não foi atingida, no primeiro mês 16 para 94,1% e 41 no segundo mês para 97,6% e 93 para 100% no terceiro mês da intervenção, ou seja, só conseguimos 100% dos usuários portadores de diabetes com orientações nutricionais sobre alimentação saudável durante as consultas no terceiro mês (Figura 11). Às vezes em consulta, apesar dos esforços estes indicadores não foram avaliados pelo acúmulo de usuários ou urgências na UBS, além que as consultas dos diabéticos eram mais demoradas e eu estava atendendo sozinha na UBS.

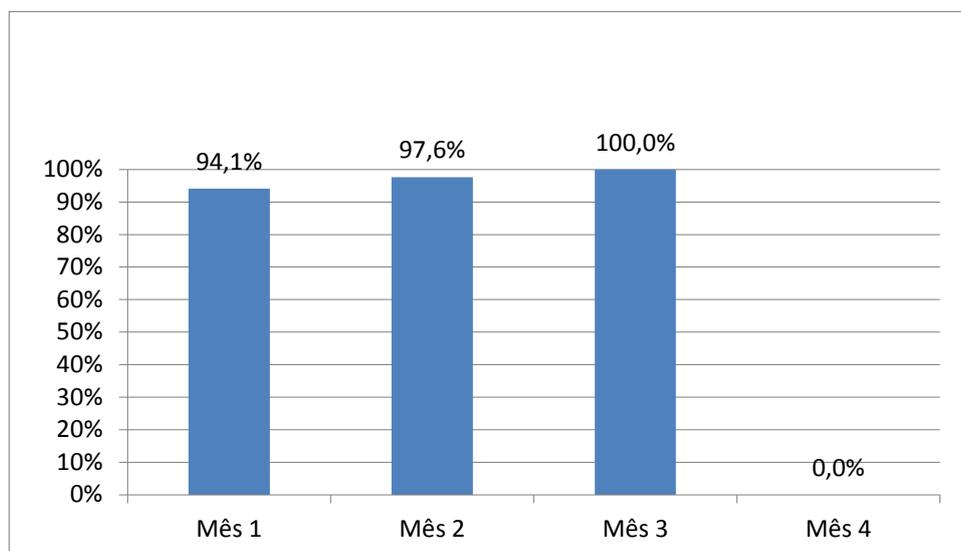


Figura 11: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/ RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

Meta 6.2 - Fornecer orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos

Indicador 6.2 - Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Neste indicador também tivemos sucesso e atingimos nossa meta desde o início do nosso trabalho, ou seja, tivemos 100% dos usuários hipertensos que foram atendidos durante a intervenção receberam orientações quanto à prática de atividade física regular, sendo 51 para 100% no primeiro mês, 141 para 100% no segundo mês e 226 para 100% no terceiro mês, contribuindo para o cumprimento da meta.

Metas 6.2 - Fornecer orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.2 - Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Da mesma forma, tivemos sucesso neste indicador, sendo que, a orientação à prática de atividade física regular foi realizada a 100% dos diabéticos, durante as consultas médicas do terceiro mês, comportando-se com 16 usuários q representam 94.1%, no segundo mês 41 usuários que representam e 97.6% e 93 para 100% no terceiro mês (Figura 12).As vezes em consulta, apesar dos esforços, estes indicadores não foram avaliados pelo acúmulo de usuários ou urgências na UBS, além que as consultas dos diabéticos eram mais demoradas e eu estava atendendo sozinha na UBS.

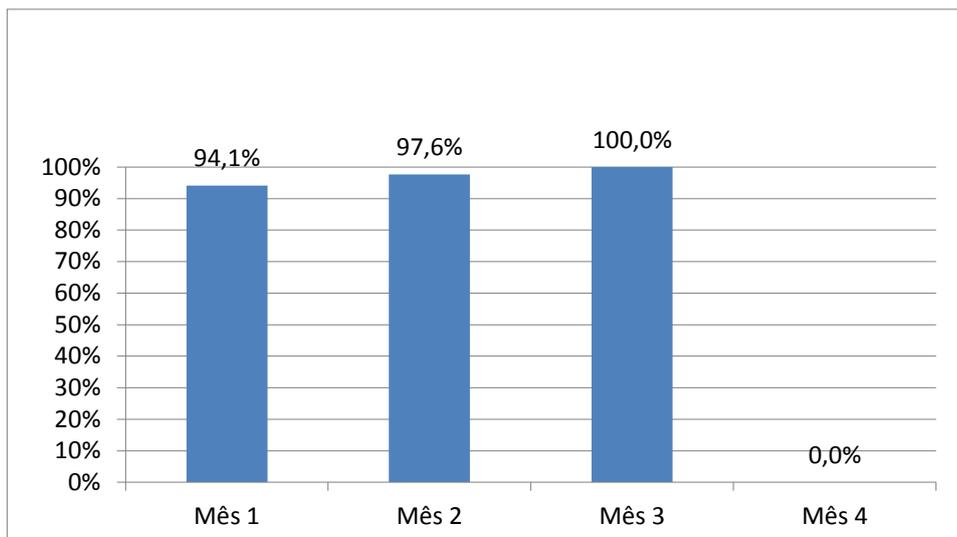


Figura 12 Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.

Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

Metas 6.3 - Fornecer orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicadores 6.3 - Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Ao abordar a garantia da realização das orientações quanto ao risco do tabagismo, foram orientados 100% dos usuários hipertensos que chegaram até a unidade, ou seja, 51 usuários em 100%, 141 usuários que representam 100% e 226 em 100% respectivamente em cada mês, contribuindo para o cumprimento da meta.

Metas 6.3 - Fornecer orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicadores 6.3 - Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Esta meta também não foi atingida, o primeiro mês foi de 16 para 94,1% e segundo mês da intervenção, 41 para 97.6% e 93 para 100% dos usuários portadores de diabetes tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo durante as consultas no terceiro mês (Figura 13).As vezes em na consulta, apesar dos esforços estes indicadores não forem avaliados pelo acúmulo de usuários ou urgências na

UBS, além que as consultas dos diabéticos eram mais demoradas e eu estava atendendo sozinha na UBS.

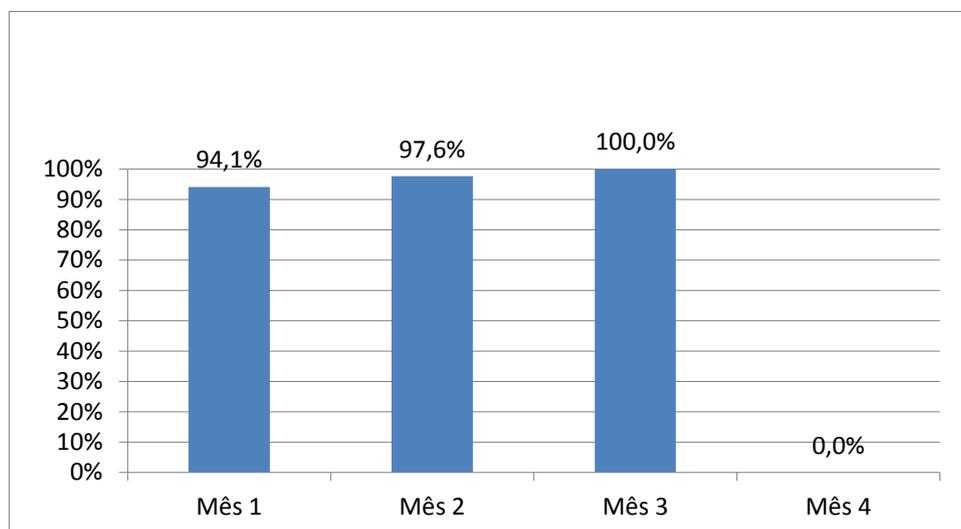


Figura 13 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/ RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

Metas 6.4 Fornecer orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicadores 6.4 - Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Novamente atingirmos nossa meta. É possível observar que desde o primeiro mês de intervenção já atingimos 100% dos usuários hipertensos com orientações sobre higiene bucal, sendo 51 para 100%, 141 para 100% e 226 para 100%, respectivamente em cada mês, contribuindo para o cumprimento da meta.

Metas 6.4 - Fornecer orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicadores 6.4 - Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Esta meta também não foi atingida, com o primeiro e segundo mês da intervenção, 16 usuários que representa 94.1%, 41 para 97.6%, e 93 para 100% dos usuários portadores de diabetes tiveram orientação sobre higiene bucal durante as consultas no terceiro mês (Figura 14). Às vezes, na consulta, apesar dos esforços, estes indicadores não foram avaliados pelo acúmulo de usuários ou urgências na

UBS, além que as consultas dos diabéticos eram mais demoradas e eu estava atendendo sozinha na UBS.

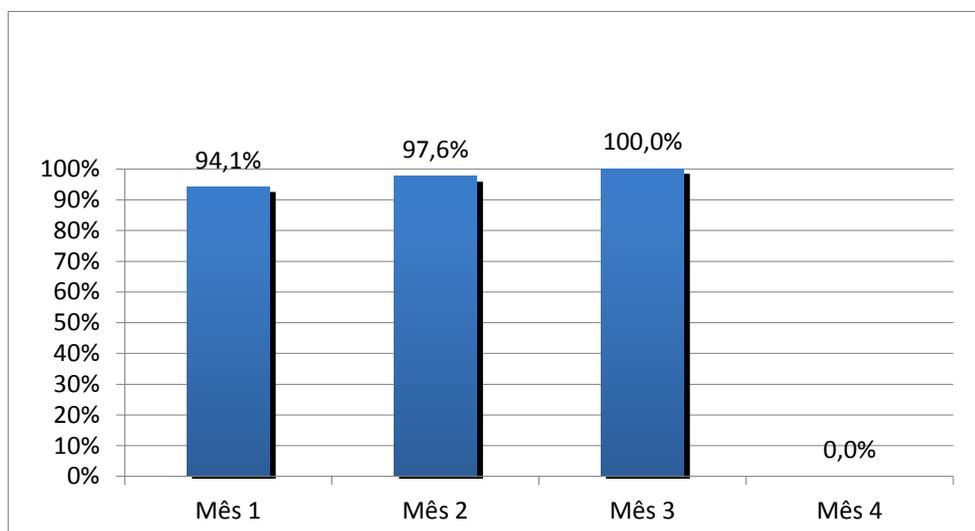


Figura 14: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde. UBS Ivo Braga Fialho, Itacurubi/RS.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015.

4.2 Discussão

A população de Itacurubi é estimada em 3.549 habitantes, segundo IBGE, em 2013, o que poderia comportar apenas uma ESF, porém foi levado em conta da ampla territorialização para a decisão da implantação de duas equipes. Tivemos que implantar em Itacurubi uma nova política de saúde, foram revistas às bases da UBS tradicional, para a implantação de duas ESF que dividiriam o amplo território. Esta decisão foi apoiada por representantes da 4ª Coordenadoria de Saúde, situada em Santa Maria, responsável por supervisionar nossa UBS para que a intervenção fosse realizada.

O atendimento assistencialista por livre demanda foi enraizado durante os 27 anos, desde que houve a emancipação do município, para ser mudado agora. Algumas características da UBS tradicional ainda se mantêm, respeitando um custoso processo de transição. A intervenção em si não obteve tantas dificuldades quanto está sendo a mudança da operacionalidade. A maior dificuldade da intervenção foi estabelecer o processo de transição e sua maior virtude foi guiar, através de suas bases, o rumo de uma equipe de trabalho.

Em relação à equipe de saúde, a intervenção estreitou laços à medida que reuniões eram necessárias semanalmente, algo que não ocorria antes. A partir destas reuniões, aproveitamos e realizamos encontros gerais e tratamos de outros assuntos também. Devo ressaltar que para a realização da intervenção foi inestimável a boa vontade e disposição de todos da equipe de saúde.

Nesta intervenção foi realizado um trabalho conjunto de equipe, onde foi possível alcançar benefícios tanto para a equipe quanto para os usuários, ou seja, com a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, criação e manutenção de um registro adequado, bem como atualização da ficha de acompanhamento destes usuários. Da mesma forma que a realização da estratificação do risco cardiovascular de cada um deles com o acolhimento da equipe aos usuários e também a ampliação de consultas odontológicas nestes dois grupos de doenças muito frequentes. O mais importante alcançado foi trabalhar em equipe, coisa que não havia sido feita antes na UBS.

A intervenção trouxe muitos benefícios para a equipe, principalmente no que diz respeito ao conhecimento da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Este trabalho conjunto exigiu que cada membro da equipe se capacitasse para realizar seu papel de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e seguem o cronograma feito para esta atividade e seu desenvolvimento. Foi necessário trabalho conjunto e que cada um tivesse uma participação fundamental na construção, desde as orientações, às fichas de acompanhamento, a montagem da planilha, o estudo dos dados encontrados, a busca ativa dos usuários com estas doenças, em ocasiões a discussão de quadros clínicos mais complexos.

A intervenção foi mudando a visão dos membros da equipe quanto a tratamento preventivo das doenças, assim como, o encaminhamento adequado, distribuindo as tarefas e viabilizando a atenção a um número maior de pessoas. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização no atendimento aos mesmos e as estratégias para obter uma avaliação odontológica de qualidade. Nossa equipe teve mais aproximação com a comunidade e uma ótima acolhida, com isso aproveitou os cenários para a educação da população, campanhas de vacinação.

Em relação à importância da intervenção para a comunidade, essa foi crucial aos próprios usuários hipertensos e diabéticos, apesar de algumas vezes não perceberem. Os usuários ainda percebem pouco impacto da intervenção sobre eles

e a comunidade, porém se sentem beneficiados com a priorização do atendimento, principalmente os de maior risco, com a comodidade no agendamento das consultas.

A intervenção deve ser mantida e incorporada à rotina do serviço, primeiramente, por não haver previamente cuidados específicos e organizados ao grupo em questão e por ser um agente qualificador do serviço de saúde, uma vez que esta intervenção trouxe consigo uma nova filosofia de trabalho.

Apesar de todas as melhorias observadas e constatadas através da análise dos dados coletados, da ampliação na cobertura dos atendimentos a estes usuários e das ações em saúde prestadas por cada um dos membros da equipe, sabemos que temos dificuldades e que necessitamos melhorias principalmente ao que diz respeito à cobertura do programa a muitos usuários que ainda não estão integrados a este grupo.

5Relatório da intervenção para gestores

Realizei serviços médicos na Unidade Básica de Saúde Ivo Braga Fialho, em Itacurubi, desde março de 2014 para o Programa Mais Médico, com chegada ao Brasil 31/01/2014 por São Paulo. Graduada em 1991 na Universidade de Matanzas, Cuba. Passo a descrever o Relatório da Intervenção realizada em Itacurubi.

A especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Universidade Aberta do SUS, tem como proposta o desenvolvimento de um projeto de intervenção na comunidade onde atuamos enquanto médico, identificando os problemas de saúde da população, procurando alternativas para solucionar cada um deles. O município tinha indicadores baixos na cobertura e qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos pela unidade básica, devido a isto, foi escolhido este foco para o projeto de intervenção.

Primeiramente, quando cheguei a esta acolhedora cidade, analisei e fiz inúmeros relatórios de como funciona o serviço de saúde municipal: questões estruturais da Unidade Básica de Saúde (UBS), atribuições de cada profissional da equipe de saúde, atenção ao usuário que necessita de atendimento, observei como eram conduzidos os pré-natais, período de cuidados da mãe pós-parto (puerpério), atenção com a saúde da criança, controle do câncer de colo de útero e de mama, cuidados com os hipertensos e diabéticos, saúde da pessoa idosa e inclusive a atenção à saúde bucal.

Após esta primeira etapa, de familiarização, pôde escolher um foco para realizar uma determinada ação de melhoria no sistema. Escolhi a Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, pela quantidade de usuários com está doença no território. Claro, trabalhava também com todos os outros grupos em atendimentos diários. Para melhorar o atendimento aos HAS e DM, tivemos que mudar o jeito de se fazer saúde em Itacurubi. Foram formadas duas Equipes de Saúde da Família (ESF) sem interferir na atuação dos outros médicos que já estavam trabalhando previamente. Eu e meu colega do PROVAB. Antes, o usuário necessitava estar doente e ir até a unidade de saúde pedir ajuda e hoje acompanhamos estes usuários para que eles não fiquem doentes, mantendo também o atendimento aos doentes.

Continuando com o projeto de atenção aos hipertensos e diabéticos estudei todos os protocolos disponíveis pelo Ministério da Saúde em relação a esta população, elaborando os objetivos, as metas e as ações. Com o auxílio de orientadores especializados da UFPEL, construímos uma logística a ser implantado, um cronograma de ações e a utilização de planilhas do Excel para registrar os dados desta intervenção.

Com o projeto pronto, teve início a intervenção propriamente dita. Por 12 semanas, deveríamos atender 223 usuários hipertensos e 89 usuários diabéticos. Os resultados e todos os passos citados neste pronunciamento estão registrados detalhadamente em meu trabalho de conclusão de curso (TCC), sendo cadastrados 226 hipertensos e 93 diabéticos, sendo que, este número aumentou devido à busca ativa de usuários, junto aos ACS que encontraram novos usuários na comunidade.

A equipe teve dificuldade durante a realização do projeto, com o transporte para as visitas domiciliares, tendo em vista que a população é rural e necessita deslocar-se em ocasiões de 35 km para chegar à UBS, porém com a chegada de novos carros na saúde isto melhorou a chuva e o frio também não deixavam que os usuários viessem às consultas agendadas, mas com as estratégias dos ACS poderíamos voltar a agendar novamente.

Posso assegurar que todas as ações visaram e beneficiaram as pessoas com estas doenças de forma neutra, respeitosa e extremamente profissional, o que sem dúvidas trouxe inúmeros benefícios, que serão melhores notados conforme a intervenção, na UBS, propiciou uma avaliação mensal dos indicadores de cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético, indicadores de proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, indicadores de proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, indicadores de proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, indicadores de proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, indicadores de proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, indicadores de proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, indicadores de proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, indicadores de proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular, indicadores de

proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e indicadores de proporção de hipertensos e diabéticos sobre higiene bucal, alguns com 100% e outros não atingimos as metas que serão alcançadas pela continuidade da na rotina de trabalho, solicitando apoio aos gestores para melhorar o trabalho na UBS.

6Relatório da Intervenção para a comunidade

Esta carta foi escrita pela médica Idalmis Lugones Toscano, sendo destinada a todos os habitantes de Itacurubi. A pedido da médica, esta carta deve se manter a disposição na UBS e divulgada através dos Agentes Comunitários de Saúde àqueles que tiverem interesse.

Ao longo do ano de 2014 – 2015 trabalhei em Itacurubi com muito carinho e dedicação. Trouxe a esta acolhedora cidade alguns ensinamentos que aprendi durante 23 anos de graduação e experiência do trabalho em Cuba e outros países. Foi difícil aprender o idioma, porém com ajuda de todos os membros da UBS cheguei a compreender e falar melhor o português.

A maior parte da população de Itacurubi é rural, porém aqueles que moram na cidade têm maior facilidade em receber atendimento médico. Aqueles que moram no interior, precisam acordar muito cedo e conseguir meios de transporte para o atendimento e mesmo assim, por vezes, nem conseguem fichas.

Para facilitar o atendimento a toda à população, criamos duas Equipes de Saúde da Família. Estas equipes trabalham de forma organizada e divide toda a população em grupos: idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças, adolescentes, entre outros, cada grupo recebe atendimento em um determinado dia da semana, as consultas são agendadas e não haverá mais fichas para este tipo de atendimento. E aqueles usuários que estão muito doentes e precisam consultar com urgência? Estes usuários sempre irão receber atendimento, pois é uma obrigação atender aqueles que necessitam de ajuda.

Durante os três meses da intervenção, melhorou a qualidade das consultas dos usuários, não só dos hipertensos e diabéticos, mas todas em geral, com um bom acolhimento, e agendamento, além disto, com os atendimentos odontológicos agendados pela auxiliar de odontologia foram atendidos muitos usuário, que estavam tempo na fila, à orientação aos usuários pela equipe e o trabalho junto, como família foi um dos êxitos mais importantes da intervenção que se tornou cenário das atividades e onde eu cresci mais como profissional da saúde.

A população de Itacurubi segue as orientações desta equipe de saúde, são homens de bem e estão sempre presentes nas reuniões e palestras quando são chamados a participar e a sua ajuda é fundamental.

Os usuários que chegam ao posto de saúde para receber atendimento sem agendamento devem receber uma avaliação que dirá se o atendimento é de urgência ou pode aguardar até um segundo momento.

O importante é que todos os usuários entendam esta nova mudança que só ajudaria na saúde da população, orientamos para a troca de estilo de vida, dieta saudável, prática exercício físico, e evitar o tabagismo e mais líderes comunitário que ajudem desenvolvimento das ações de saúde através de palestras junto aos ACS.

Moro faz 17 meses em Itacurubi e tenho a impressão de ser parte deste povo, pela boa acolhida, por ser parte dos processos e mudanças na saúde, além da aprendizagem de outra cultura. Obrigada povo do Itacurubi.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Comecei o Programa Mais Médico em março de 2014, depois de 35 dias de familiarizações em São Paulo, longe de amigos e colegas. Iniciaria em uma UBS em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul de aproximadamente 3500 habitantes, não sabia o que iria encontrar, mas sabia que iria realizar 32 horas de atendimentos e 8 horas da Especialização em Saúde da Família pela UNASUS/UFPEL, algo novo como profissional.

Um obstáculo muito grande foi fazer uma especialização a distância e em outro idioma, mas segui em frente. Tinha muitas dúvidas de como funcionava o Sistema Único de Saúde na prática no Brasil. Minha experiência na Saúde da Família podia ajudar-me, mas quanto? Durante a especialização tínhamos que realizar tarefas de como o sistema funcionava e ainda tínhamos orientadores para nos ajudar, mas como funcionava não sabia.

Houve muitas mudanças em pouco tempo e me sinto orgulhosa por fazer parte deste processo. A intervenção específica em relação à Atenção da Saúde dos hipertensos e diabéticos foi muito importante. Para que este projeto pudesse se estabelecer, precisávamos transformar uma UBS tradicional, enraizada durante toda a história municipal, para uma UBS com ESF muito bem organizada.

É interessante citar que a Análise Situacional foi a parte mais importante, a meu ver, desta ação, pois foi a partir desta que retiramos materiais teóricos que daria suporte à nova filosofia de trabalho. Usei o roteiro fornecido pela Plataforma Kurt Kloetzel para a qualificação do serviço como um todo, além de todo o material fornecido na atenção da saúde de hipertensos e diabéticos.

Durante a intervenção foi possível observar o que seria necessário para melhorar o atendimento na unidade de saúde onde eu trabalhava. Se não fosse o

auxílio constante de minha orientadora e apoio didático, mais uma vez eu teria falhado. Percebi que os ACS são os olhos e os ouvidos deste sistema peculiar de fazer saúde e sem eles poucos poderíamos realizar.

Aprendi a importância de uma equipe de saúde unida, pois nesta hora que precisamos de psicólogos, dentistas, ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.

Ao final da intervenção consegui mostrar a nossa equipe de trabalho, ao gestor e a comunidade, que com as atividades propostas pela especialização e colocando em prática a teoria, conseguimos melhorar a qualidade de atendimento aos usuários. Com a conscientização da equipe da importância da busca de novos usuários ainda não descobertos na comunidade, eu creio que este trabalho vai continuar sendo feito ao final da intervenção e até mesmo após o término da minha estadia no Brasil, um país maravilhoso.

Da intervenção, vou levar para a minha vida profissional vários ensinamentos, muitos já citados e outros ainda vão descobrir futuramente. Algo simples que o ser humano apesar do idioma, a cultura e as tradições, pode fazer o proposto por ele e ajudar sempre aos mais necessitados, se trabalha em equipe.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas, Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas, Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica da Doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Santos, R. D et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol**, v.100, n.3, p. 1-40, 2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: