

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na ESF 2 Florêncio , Santana da Boa Vista, RS**

Dania Rojas González

Pelotas, 2015

DANIA ROJAS GONZÁLEZ

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na ESF 2 Florêncio , Santana da Boa Vista, 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: Dra. Mabel Miluska Suca Salas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G643m Gonzales, Dania Rojas

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF 2 Florêncio, Santana da Boa Vista, RS / Dania Rojas Gonzales; Mabel Miluska Suca Salas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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. Salas, Mabel Miluska Suca, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus pais e meu filho que são o motor impulsor para continuar estudando, trabalhando e superando-me como profissional.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela oportunidade de crescer cada dia como profissional da saúde.

A minha orientadora, Mabel Miluska Suca Salas, pois sem sua ajuda não teria conquistado essa vitória.

A minha família em Cuba, que sempre me deu força para continuar.

Aos meus colegas do programa Mais médicos, que me ajudaram durante toda a especialização.

A minha equipe de SF, pois sem a sua ajuda não teria conquistado essa vitória.

À Secretaria de Saúde e ao Departamento de Tecnologia da Informação da Prefeitura de Santana Da Boa Vista, que foram muito importantes para a conclusão da especialização.

Lista de Figuras

Figura 1 - Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista, RS, 2015.....	71
Figura 2 - Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista, RS, 2015.....	72
Figura 3 - Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista, RS, 2015.....	76
Figura 4 - Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista, RS, 2015.....	77
Figura 5 - Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista, RS, 2015.....	78
Figura 6 - Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista, RS, 2015.....	79

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS-	Agente comunitário da Saúde
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial

CEO-	Centro de Especialidades Odontológicas
DM-	Diabetes Mellitus
DTS-	Doenças de transmissão sexual
ESB-	Equipe de Saúde Bucal
EaD	Ensino a distancia
ESF-	Estratégia da Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial
Hgt-	Hemoglicoteste
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística
IMC-	Índice de Peso Corporal
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PMAQ -	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RNM-	Ressonâncias Magnéticas
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB -	Sistema de informação da Atenção Brasil
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho conclusão do curso
TG-	Tomografias
UBS -	Unidade Básica de Saúde
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VPH-	Papiloma Humano

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.2 Relatório da análise situacional.....	13
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e Metas	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamentos das ações.	26
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	44
2.3.4 Cronograma.....	48
3 Relatório da intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
4 Avaliação da intervenção	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão	72
5 Relatórios da intervenção para gestores.....	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
Referências	83
ANEXOS	85

Resumo

GONZÁLEZ, Dania Rojas. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF 2 Florêncio , Santana da Boa Vista, RS.** 90p. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis frequentes em nossas comunidades e a nível mundial. A hipertensão arterial é considerada uma das principais causas de morte prematura, responsável por mortes por doença cardiovascular e infarto. No Brasil, 23,3% da população brasileira referiu ser hipertensa (VIGITEL, 2010) e está presente em 43,9% da população com mais de 60 anos (SBC, 2010). %. A prevalência de Diabetes Mellitus (DM) no Brasil foi de 12 %, sendo observado um aumento considerável desde o ano de 2005 (BRASIL, 2006). O objetivo de nosso trabalho é melhorar a qualidade da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência da UBS Florêncio no município de Santana da Boa Vista-RS. Para o desenvolvimento da intervenção foram utilizados os Cadernos de Atenção Básica nº 37, Hipertensão Arterial Sistêmica e Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Diabetes Mellitus. Utilizamos a ficha espelho do Curso de Especialização, planilhas e prontuários. O TCC envolve os quatro eixos pedagógicos de monitoramento e avaliação, a organização e gestão de serviço, o engajamento público e a qualificação da prática clínica. As ações foram realizadas durante 12 semanas e previamente foram garantidos os materiais, instrumentos, horários salas para realizar as atividades. Todos os profissionais foram capacitados antes de iniciar a intervenção. Foram cadastrados 291 (52,8%) usuários hipertensos e 112 (82,4%) usuários diabéticos. A intervenção na ESF propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a classificação de risco de ambos os grupos. Garantimos 100% da prescrição de medicamentos da farmácia popular e foi possível realizar orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, e os riscos do tabagismo. Foi realizada a busca ativa de 100% dos usuários faltosos e foram indicados os exames complementares a todos aqueles que não tinham os exames complementares em dia segundo o ministério da saúde do Brasil. Como consequência da intervenção, houve um trabalho mais integrado da equipe e melhorou o acolhimento dos usuários, sendo atendidos de forma mais humanizada. Em conclusão, em três meses de intervenção houve a melhora da qualidade da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Florêncio em Santana da Boa Vista, RS.

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

Apresentação

O atual volume forma parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade de ensino a distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPeI/UNASUS). O objetivo geral de nosso trabalho foi Melhorar a Atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF 2 Florêncio em Santana da Boa Vista, RS.

A primeira parte do volume inicia-se com a análise situacional da área de abrangência da ESF 2 Florêncio em Santana da Boa Vista, RS, que abarca o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS.

A segunda parte faz a análise estratégia que mostra a justificativa junto com os objetivos e metas a serem alcançadas na intervenção, e também a metodologia e detalhamento das ações.

O terceiro item do volume consiste no relatório da intervenção, especificando como se desenvolveu a intervenção, ações previstas e realizadas, ações previstas e não realizadas, aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, viabilidade de incorporação das ações à rotina de serviços.

O terceiro item do volume faz a avaliação da intervenção, demonstrando os resultados em seus aspectos qualitativos e quantitativos, aborda a discussão do que foi alcançado com a intervenção, importância da intervenção para a equipe, serviço e comunidade, o que poderia ter sido realizado diferente, viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço, apresentando os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço.

Na quinta parte consiste no relatório para os gestores, o qual mostra a qualificação da atenção à saúde resultante da intervenção, e reflexa os aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada e os aspectos da gestão que, se for melhorados, poderiam contribuir a melhorar o serviço.

A sexta parte do volume é o relatório da intervenção destinado à comunidade, abordando o que e como foram realizados, quais foram às melhorias, além da reflexão crítica do processo de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .

Santana da Boa Vista é um município localizado no sul de Brasil, no estado Rio Grande do Sul. O município possui uma população aproximada de 8440 habitantes segundo IBGE e encontra-se na região montanhosa pertencente a Serra das Encantadas na microrregião Sudeste Rio Grandense. Limita ao norte com Cachoeira do Sul, no sul com o município de Piratini e Pinheiro Machado, a leste com Encruzilhada do Sul e o município Caçapava do Sul é o limite oeste. Santana da Boa Vista encontra-se a 291,4km via a BR-290 da capital de estado. As principais atividades econômicas do município são a agricultura e a pecuária.

Temos duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município cada uma com uma equipe de estratégias de saúde da família (ESF), sendo que uma delas funciona como UBS tradicional. O município não tem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nem contamos com Centro especializado de odontologia (CEO), sendo a nossa referência para atendimento especializado à cidade de Canguçu. Contamos com as especialidades de Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia, sendo que outras especialidades não existem em nosso município.

A cidade conta um hospital, Fundação Santa Helena. Os usuários que precisam de atendimento médico que o hospital não disponibiliza, são encaminhados a Pelotas ou Rio Grande, dependendo da especialidade. No mesmo hospital são realizados exames de laboratório, serviço de RX e ECG. Além disso, o município tem como referência Pelotas onde são feitos os exames de laboratórios que não se realizam no nosso município. Todos esses exames são gratuitos pelo convenio SUS- Prefeitura.

Quanto ao funcionamento da ESF, trabalhamos dentro da policlínica central, já que nosso prédio está em fase final de construção. Formam parte da minha equipe de trabalho uma enfermeira e seis agentes comunitários de saúde. Esses

agentes de saúde trabalham todos na área rural do município. Ainda não temos técnico de enfermagem, mas será contratado quando nos mudarmos para o novo prédio. Enquanto isso não acontece, contamos com o auxílio da técnica de enfermagem da policlínica central. Na policlínica central, contamos com o atendimento de um médico clínico geral, uma médica ginecologista obstetra, um pediatra, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um farmacêutico, uma enfermeira de ESF e seis agentes comunitários de saúde.

O atendimento do médico clínico geral é realizado nas quintas e sextas-feiras, pela manhã e a tarde, sendo oito fichas pela manhã e oito fichas pela tarde. As são distribuídas na primeira hora da manhã, assim que a UBS abre, no mesmo dia da consulta. O meu atendimento é feito da mesma forma, com a diferença de que atendo de segunda a quinta-feira, sendo a sexta-feira o dia para estudos e a terça-feira a tarde, consultas de acompanhamento previamente agendadas. As consultas ginecológicas são agendadas na primeira segunda-feira do mês, para todo o mês, as consultas de pré-natal são agendadas assim que a mulher descobre que está grávida, sendo tratada com prioridade. O pediatra realiza atendimentos uma vez por semana, nas quartas-feiras e atende dez crianças pela manhã e dez a tarde, sendo as fichas distribuídas na manhã, no mesmo dia da consulta. A enfermeira da policlínica é responsável pelo recebimento e controle das insulinas e anticoncepcional tanto oral, quanto injetável e dos preservativos. Além disso, faz coleta dos exames citopatológico do colo do útero e consulta de enfermagem. A técnica de enfermagem da policlínica faz verificação de pressão arterial e HGT, injeções, entrega de insulina. A enfermeira da ESF realiza, além do serviço básico de enfermagem a coleta dos exames Citopatológico de colo do útero, consulta de enfermagem, visita domiciliar, grupos de saúde, para idosos, hipertensos, diabéticos. Também é responsável pela solicitação de leitos psiquiátricos, junto à Terceira Coordenadoria de Rio Grande do Sul. Os agentes de saúde fazem duas visitas domiciliares para os moradores de sua área e são eles que ligam a comunidade com os profissionais de saúde. O farmacêutico atende nos períodos da manhã e da tarde e faz tanto a entrega das medicações da farmácia básica do município, para os usuários quando o pedido das mesmas. Também funciona na policlínica central a farmácia do estado, a qual faz o pedido das medicações dos processos judiciais. Todos os usuários que realizarão consultas, passam pela triagem de enfermagem. Nos adultos é verificada a pressão arterial, e se necessário HGT. As crianças são

todas pesadas e, quando necessário, verificadas a temperatura axilar. O restante da equipe é formado por um recepcionista, uma funcionaria da limpeza e duas estagiarias.

A relação da comunidade com a equipe em geral é boa. Procuramos atender à população com atenção e carinho, isso também é recíproco. Ao fazermos as visitas domiciliares, somos sempre bem recebidos e geralmente conseguimos atender as necessidades daquelas pessoas, porém, muitas vezes os médicos não conseguem atender toda a demanda existente, devido ao alto número de usuários procurando por consulta médica e poucos médicos atendendo no município.

1.2Relatório da análise situacional

Santana da Boa Vista é um município localizado no sul de Brasil, no estado Rio Grande do Sul. O município possui uma população aproximada de 8440 habitantes e encontra-se na região montanhosa pertencente à Serra das Encantadas na microrregião Sudeste Rio Grandense. Limita a norte com Cachoeira do Sul, a sul com o município Piratini e Pinheiro Machado, a leste com Encruzilhada do Sul e o município Caçapava do Sul é o limite oeste. Santana da Boa Vista encontra-se a 291,4km via a BR-290 da capital de estado. As principais atividades econômicas do município são a agricultura e a pecuária.

Temos duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município cada uma com uma equipe de estratégias de saúde da família (ESF), sendo que uma delas funciona como UBS tradicional. O município não tem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nem contamos com Centro especializado de odontologia (CEO), sendo a nossa referência para atendimento especializado à cidade de Canguçu. Contamos com as especialidades de Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia, as outras especialidades não existem em nosso município.

A cidade conta um hospital, Fundação Santa Helena. Os usuários que precisam de atendimento médico que o hospital não disponibiliza, são encaminhados a Pelotas ou Rio Grande, dependendo da especialidade. No mesmo hospital, são realizados exames de laboratório, serviço de RX e ECG. O município tem como referência Pelotas, onde são feitos os exames de laboratório que não se realizam em nosso município. Todos esses exames são gratuitos pelo convenio SUS- Prefeitura.

A ESF é uma UBS Policlínica central da prefeitura que atua na zona urbana. A UBS está totalmente vinculada ao SUS e foi construída para ser uma UBS. É uma unidade básica de saúde mista. Não tem vínculo com instituições de ensino. Nossa equipe de trabalho está composta por um médico, um enfermeiro e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Minha UBS não tem prédio próprio. Estamos trabalhando provisoriamente em outra unidade porque nosso prédio está em construção. Essa situação dificulta nosso funcionamento porque atendemos à população de todo o município, não temos autonomia sobre a tomada de decisões. Por esse motivo, não contamos com os requerimentos mínimos em termos de estrutura. No entanto, a estrutura da UBS na qual estamos alocados provisoriamente é adequada. Alguns aspectos negativos do prédio incluem a falta de ambulatório, que impossibilita a realização de curativos e procedimentos, que são realizados no hospital. Outro aspecto negativo é o fato de não termos uma sala específica para a realização dos grupos de saúde e grupos de gestantes dentro da UBS. Realizamos os grupos de saúde na comunidade e organizando os grupos de gestantes em uma sala do CRAS.

O aspecto que mais limita a realização das atribuições da minha equipe é o fato de não termos uma UBS própria, o que impede que tenhamos autonomia para imprimir nosso sistema de trabalho. Ainda não temos nossa área de abrangência totalmente delimitada. Dessa forma realizamos atendimento à população toda do município. Torna-se difícil realizar o planejamento das ações, já que estas devem considerar as necessidades das áreas que atendemos o tipo de população e os problemas mais frequentes. Apesar dessa limitação tentamos atender a todos da melhor forma possível e sempre que solicitado procuro acompanhar à enfermeira e aos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares.

No momento, a enfermeira e os ACS estão trabalhando e interagindo diretamente com a comunidade realizando trabalhos e visitas domiciliares como verificar a pressão, curativos, orientações, acompanhamentos de problemas de saúde, consultas de enfermagem.

Quanto o paciente não tem condições de vir até a UBS é agendada uma data para realizar a visita domiciliar e atendimento. Dessa forma demonstramos interesse na atenção integral contínua e organizada à população.

Em nossa unidade a enfermeira, os agentes comunitários de saúde e eu como médica realizamos a busca ativa de doenças e agravos de notificação

compulsória. Isso é notificado pela enfermeira. Em nossa UBS ainda não estão sendo realizadas atividades em grupos. Esperamos programar os grupos uma vez que terminemos de organizar nossa ESF. No micro áreas que tem agentes comunitários de saúde já está sendo realizadas atividades em diferentes grupos de risco.

A equipe de saúde realiza reuniões semanais, nas quais planejamos a agenda de trabalho e a organização dos processos de trabalho. Nas reuniões os colegas colaboram no preenchimento dos questionários da especialização.

Ao inicio de nosso trabalho contávamos uma população cadastrada de 4219 habitantes. Com um total de 2015 mulheres e 2204 de homens, realidade que não está de acordo com o padrão da distribuição da população brasileira, pois no Brasil o número de mulheres é maior ao número de homens. Posteriormente realizou-se o re-mapeamento da área de abrangência por parte dos agentes comunitários de saúde, tendo atualmente uma população de 3621 habitantes. Uma distribuição mais adequada da população faria com que o atendimento fosse realizado de forma mais eficaz, pois contamos com uma equipe de trabalho incompleta. Para viabilizar a atenção de saúde da população um dos problemas que necessitamos solucionar é a redistribuição das micro-área de abrangência para cadastramento pelos ACS. Outra estratégia pode ser a reorganização da agenda de trabalho quando estivermos alocados na nossa UBS e planejar um maior número de visitas domiciliares o que melhoraria o vínculo da equipe de trabalho com a comunidade.

Realizamos o acolhimento do usuário adequadamente. Os usuários quando chegam ao posto de saúde são acolhidos de forma educada pela recepcionista da UBS, que escuta a queixa ou problema do usuário. Se necessário o usuário é encaminhado à triagem de enfermagem. Se o problema pode ser resolvido no posto de saúde é orientada a conduta adequada segundo o caso individual, e se for mais urgente o usuário é encaminhado ao hospital. Geralmente temos uma demanda excessiva, não sendo possível que todos os usuários passem pela consulta médica. No entanto, a equipe procura ouvir a todos e resolver os problemas da melhor forma possível, dando as orientações e realizando encaminhamentos ou agendando consultas.

Dentro das ações que podem auxiliar a superar ou minimizar as dificuldades em nossa UBS uma vez que estamos trabalhando na nossa ESF, será mudar a forma de agendamento das consultas, para que os residentes da área de

abrangência sejam atendidos sem necessidades de fichas. Poderíamos organizar também as visitas domiciliares e os grupos nas comunidades, tendo um cronograma e dias específicos para isso. Assim a equipe estará mais próxima da comunidade e o trabalho será realizado de forma mais eficaz, resolvendo os problemas da população e promovendo a prevenção, que não estamos conseguindo realizar e que é o principal foco da atenção básica.

A ESF ainda está em processo de organização e delimitação da área de abrangência. Quanto ao processo de trabalho, o projeto é que os usuários sejam atendidos em grupos segundo as doenças, que sejam realizadas consultas de acompanhamento, e que aqueles que precisem de atenção de urgência sejam encaminhados ao hospital.

A UBS trabalha em dois turnos, priorizando os atendimentos dos usuários que apresentam quadros agudos. Os usuários que precisam de atendimento são organizados por ordem de chegada. Não existe excesso de demanda para consulta de usuários com problemas agudos de saúde, no entanto, existe excesso de demanda para consultas médicas.

Na UBS não contamos com uma forma de registro adequada para poder conhecer a realidade da saúde da criança. Não realizamos puericultura em nossa ESF, estas são realizadas pelo pediatra do município. Esta situação promove problemas de organização, monitoramento e a prevenção de diversas condições da saúde das crianças. Não realizamos o teste do pezinho, monitoramento de crescimento, de desenvolvimento e avaliação de saúde bucal ou orientações. Todas essas ações são realizadas em outra ESF. O único acompanhamento é feito pelos agentes de saúde, os quais realizam a pesagem das crianças conferem as carteiras de vacinação das crianças menores de dois anos de micro área.

Quanto ao pré-natal, não realizamos consultas pré-natais, pois são realizadas pela obstetra do município. Na UBS não contamos com uma forma de registro adequada para poder conhecer a realidade da saúde das gestantes. Quanto à cobertura do atendimento pré-natal, não atendemos gestantes na nossa UBS devido a cadastro incompleto. Esta situação promove além de problemas de organização, problemas relacionados ao monitoramento da saúde das gestantes e na prevenção de diversas condições de saúde. Sobre os indicadores de saúde, não são realizadas consultas, vacinação, monitoramento dos exames.

Na UBS provisória, as gestantes são geralmente captadas de forma precoce, através dos agentes de saúde, ou pela equipe. Quando há uma suspeita de gravidez, é solicitado o teste. Se o resultado for positivo, a gestante é cadastrada, agendada a primeira consulta de pré-natal com a obstetra, a gestante é encaminhada para realizar os testes rápidos (HIV, VDRL e hepatite). Também são realizados grupos de gestantes em parceria com o pessoal do CRAS. Nos grupos são dadas orientações quanto à gestação, cuidados com a dieta, exercícios físicos, parto, puerpério, amamentação, cuidados com o recém-nascido, a importância de manter uma boa higiene bucal realizando a lavagem dos dentes, assistir a consulta para acompanhamento pelo odontologista, etc.

Na UBS não contamos com uma forma de registro adequada para poder conhecer a realidade do universo de mulheres de 25 a 64 anos, e mulheres de 50 a 69 anos. A estimativa destes grupos etários indicam que na área de abrangência residem aproximadamente 604 mulheres entre 25 e 64 anos e 226 mulheres entre 50 e 69 anos. Porém não conhecemos a situação real da população, essa situação promove problemas de organização relacionadas ao monitoramento da saúde dessas mulheres e a prevenção de diversas condições de saúde. Na UBS é indicada a toda mulher de 25 a 64 anos o citopatológico do colo de útero. Esse exame é agendado todos os dias do mês. O exame é realizado pela enfermeira. Os resultados são previamente avaliados pela enfermeira. Se o resultado for negativo orienta-se a realização do teste depois de um ano. Caso haja alguma alteração, a usuária é orientada a realizar a avaliação pela ginecologista ou clínico geral, de acordo com o tipo de alteração apresentada no exame. Não temos o número exato das mulheres de nossa ESF que realizam esse procedimento. Temos um livro de registro deste procedimento no qual é registrado o resultado e a data de registro pela enfermeira.

O rastreamento de câncer de mama que fazemos é oportunista. As mamografias são realizadas em todas as mulheres de 40 a 69 anos de idade que realizam consulta e que não tenham realizado o exame. Todas as mulheres são orientadas a voltar com o resultado do exame. O resultado é registrado no prontuário da usuária no dia da consulta e orientamos sobre a consulta para a realização do exame. As ações de promoção são realizadas nas consultas médicas, na triagem da enfermagem, durante a coleta do preventivo e pelos agentes de saúde nas comunidades. São realizadas orientações sobre o exame, prevenção das doenças

de transmissão sexuais, gravidez não planejada através do uso de camisinha, importância da dieta saudável, cuidado da saúde bucal, realização de exercícios físicos, entre outras.

A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis frequentes na comunidade e a nível mundial, especialmente nos países muito desenvolvidos (GODERICH, 2002). Hábitos alimentares não saudáveis, o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, são fatores agravantes dessas doenças (GODERICH, 2002). Ambas as doenças são fatores predisponentes para o acidente vascular encefálico, infartos agudos de miocárdio, retinopatias (diabéticas ou hipertensivas), e insuficiência renal (BRASIL, 2013).

A estimativa do número de usuários hipertensos e diabético com 20 anos ou mais ao início de nossa intervenção residente na área é de 490 hipertensos e de 140 portadores de diabetes. Na UBS temos cadastrados um total de 229 usuários hipertensos, representando 24% do total dos usuários residentes na área de abrangência e 36 usuários diabéticos, que representam 13% do total dos usuários com diabetes.

Os agentes de saúde continuam cadastrando a população de nossa área de abrangência para conhecermos o número de usuários residentes na área com HAS e Diabetes Mellitus. Dessa forma poderão ser realizadas atividades de prevenção e promoção da saúde como palestras sobre a importância de uma dieta saudável, prática de exercício físico, cuidado adequada higiene bucal, uso da medicação, entre outras. Na UBS verificamos a pressão e HGT e orientações, assim como nos grupos de saúde que são realizados nas comunidades, pois a maior parte de nossa população mora no interior e muitos têm dificuldade de acesso a UBS.

Os aspectos que poderiam ser melhorados incluem terminar o cadastramento dos usuários com HAS e DM para poder ter um melhor controle dos grupos de risco, aumentar o número de palestras educativas nos temas de alimentação saudável, hábitos tóxicos, sedentarismo, cuidado da saúde bucal, peso corporal, elementos importantes para evitar o aparecimento destas doenças e controlar as complicações.

Na minha ESF atendemos a demanda espontânea dos idosos da nossa área de abrangência e de todo o município. O atendimento aos idosos acontece todos os dias da semana. Todos os membros da ESF participam. Não usamos protocolo de atendimento. Realizamos atividades de promoção para melhorar os hábitos alimentares, a saúde bucal, mental dos usuários. Os atendimentos dos idosos são

registrados no prontuário e nas fichas de atendimentos ambulatorial. Também são realizados grupos, nos quais são dadas orientações quanto ao cuidado e autocuidado do idoso, assim como são feitas dinâmicas com os idosos para promover a autoestima.

As ações de prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde são realizadas. No entanto, essas ações são realizadas para toda a população idosa do município e não apenas para os idosos da nossa área de abrangência. São realizadas também consultas, orientações, verificações de pressão e HGT, visitas domiciliares e preparamos uma programação especial para a demanda do idoso.

Anualmente comemoramos o dia do idoso no Primeiro de outubro. Dentro dessa programação são realizadas palestras, passeios, confraternizações, entre outras atividades.

A estimativa do número de idosos residentes na área é de 278 usuários idosos representando 48% da estimativa do caderno de ações programáticas. Esse resultado não corresponde às estimativas do caderno de ações programáticas, de 576 usuários, pois ainda estamos em processo de organização e cadastramento.

Com a realização dos questionários e estudo dos temas destas semanas minha equipe de trabalho conseguiu melhorar a organização do trabalho e procurar soluções para melhorar o nível de satisfação dos usuários que assistem ao posto de saúde, devido às ferramentas obtidas no curso.

Ainda temos varias limitações porque não temos plena autonomia para a tomada de decisões, referentes à distribuição das fichas de atendimentos para consultas, pois as maiorias dos nossos usuários moram no interior e a UBS fica na cidade e atende a toda a população do município. Essa situação promove que as pessoas que moram no interior tenham maior dificuldade para conseguir uma ficha para consulta. Além disso, o nível de satisfação da população melhorou consideravelmente. Realizarmos consultas programadas para retornos de usuários que apresentam doenças crônicas não transmissíveis.

Quanto à saúde bucal, desconhecemos a realidade da população da área, pois não temos atendimento odontológico em nosso ESF por falta de odontólogo e auxiliar de odontologia. No exame físico do usuário em consulta, nas visitas domiciliares e nos grupos de hipertensos e diabéticos a doutora realiza uma avaliação bucal, sendo que os usuários que precisarem de atendimento odontológico são encaminhados à policlínica central.

Não foi possível o preenchimento do caderno de ações programáticas porque não contamos com dados referentes à qualidade de atendimento, Assim desconhecemos a situação da saúde da população residente na nossa área de abrangência.

Dentro os desafios têm terminar o cadastramento de 100% da população de nossa área de abrangência, realizar consultas de puericultura e pré-natal, realizar atividades com os diferentes grupos principalmente de hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e crianças, criar e organizar e os diferentes registros da UBS, aumentar o número de visitas domiciliares, capacitação do pessoal para realizar testes rápidos e diagnosticar doenças como hepatites, Síndrome de imunodeficiência adquirida, detecção de gestação, realizar referências e contra referências, diminuir o uso indiscriminado de medicamentos controlados,

Os recursos que necessitamos são a nossa própria UBS que conte com o equipamento adequado mínimo, para realizar um atendimento adequado a população e materiais, capacitações e recursos do Ministério da Saúde para incorporar os programas.

1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

A situação da ESF/APS no serviço apresenta algumas diferenças em relação ao início do curso. Com a realização dos questionários e estudo dos temas, minha equipe de trabalho conseguiu melhorar a organização do trabalho e procurar soluções para melhorar o nível de satisfação dos usuários que assistem ao posto de saúde. Através da reflexão sobre o funcionamento de nossa ESF, passamos a fazer reuniões semanais para fazer o planejamento e avaliação do atendimento. A partir daí organizamos um cronograma com um dia específico da semana para o atendimento ao interior do município. Nesse dia são realizados atendimentos domiciliares e grupos de saúde, com a minha participação, o que não acontecia antes com frequência. Também intensificamos o atendimento aos idosos, hipertensos e diabéticos.

A interação com a população é muito consolidada, ganhamos em prestígio, confiança, maior grau de aceitação de nosso trabalho. Temos formados os grupos de hipertensos e diabéticos com grande participação por parte dos usuários e

membros da equipe de trabalho. Existe um maior número de usuários portadores destas doenças que realizam o acompanhamento em nossa UBS. Temos que continuar trabalhando nos acompanhamentos do pré-natal e puericultura, na pesquisa do câncer de colo de mama e colo de útero. Sabemos que ainda falta muito trabalho por fazer e por melhorar para alcançar todos os objetivos propostos no curso da especialização.

Quanto ao acolhimento, não aconteceram muitas mudanças, já que todo usuário que necessita de consulta médica, é avaliado pela enfermeira, a qual faz a avaliação e, se necessário, encaminha ao usuário para minha consulta, caso ele possa esperar até o outro dia, a enfermeira dá as orientações necessárias. Os outros usuários que necessitam de atendimento que não seja a consulta medica passam pela recepção e o recepcionista o encaminha para o profissional adequado e todos são atendidos conforme a necessidade.

Ainda temos varias limitações porque não temos autonomia para a tomada de decisões. Além disso, o nível de satisfação da população melhorou consideravelmente. Nas terças-feiras à tarde, realizamos consultas programadas para retornos de usuários que apresentam doenças crônicas não transmissíveis.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis frequentes em nossas comunidades e a nível mundial (ROCA, 2002). No Brasil, 23,3% da população brasileira referiu ser hipertensa (VIGITEL, 2010) e está presente em 43,9% da população com mais de 60 anos (SBC, 2010). A hipertensão arterial é considerada uma das principais causas de morte prematura, responsável por 45% de mortes por doença cardiovascular e 51% por infarto (WHO, 2013). A possibilidade de associação entre HAS e DM é da ordem de 50%. A prevalência de Diabetes Mellitus (DM) no Brasil foi de 12 %, sendo observado um aumento considerável desde o ano de 2005 (BRASIL, 2006). O Diabetes Mellitus é uma síndrome decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos (SBD, 2007). Dentre dos fatores associados ao DM encontram-se a idade, antecedente familiar, sobrepeso, hipertensão arterial, sedentarismo e tabagismo (RODRIGUES et al., 2011). Essas doenças estão entre as dez principais causas de mortalidade no Brasil. Alguns fatores podem estar associados a ambas as condições como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo (WHO, 2013). A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus apresentam como principais complicações ao acidente vascular cerebral, as retinopatias hipertensivas e ou diabéticas, o infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal, eclampsia, óbito fetal, poli neuropatias entre outras segundo temas de Medicina interna de Roca (WHO, 2004). A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer o manejo das duas patologias num mesmo usuário (BRASIL, 2001)

A ESF não conta com prédio próprio, pois está em construção, dessa forma em termos de estrutura, não cumpre com os requerimentos mínimos para ser UBS.

Estamos alocados provisoriamente em uma policlínica central, a qual apresenta boas condições estruturais. Atualmente realizamos consultas aos usuários de todo o município, o que dificulta realizar algumas atividades, como a busca ativa dos usuários faltosos a consulta, situação que será melhorada uma vez que comecemos a trabalhar em nosso próprio prédio, porque poderemos informar aos ACS da ESF, qual usuário é faltoso a consulta e quando devem ser avaliados. A equipe de saúde é incompleta, pois não contamos com o apoio de técnico de enfermagem, odontólogo e auxiliar de odontologia.

Nossa unidade de saúde tem uma população alvo 3621 habitantes, as pessoas com 20 anos com hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência, que aproximadamente são 490 e 140 respectivamente. O município continua em processo de organização das áreas de abrangência, de forma que haverá uma melhor distribuição da população da nossa área. Na UBS temos cadastrados um total de 229 usuários hipertensos, representando 24% do total dos usuários residentes na área de abrangência e 36 usuários diabéticos, que representam 13% do total dos usuários com diabetes. Não é possível avaliar a população alvo atendida da UBS, a adesão dessa população, ou a qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM, pois atendemos e registramos a toda a população do município. Assim temos problemas relacionados ao registro, não contamos com o registro de Hipertensão, nem temos controle dos faltosos às consultas. Apesar desses problemas, estamos desenvolvendo algumas ações de promoção da saúde na nossa população alvo. Juntamente aos agentes comunitários de saúde e à enfermeira, realizamos grupos de saúde, nos quais além de orientações, realizamos a verificação de pressão e de glicemia capilar, assim como visitas domiciliares para os usuários com impossibilidade de deslocamento à UBS. Nas visitas domiciliares, orientamos sobre alimentação adequada, a importância de realizar exercícios físicos frequentes, o cuidado da boca, cuidado das mãos e pés principalmente, importância das consultas de acompanhamento na UBS e consultas de odontologia como mínimo uma vez ao ano, entre outras. Por esse motivo, a equipe de trabalho e eu resolvemos desenvolver esse foco de intervenção, devido à necessidade que temos de modificar a realidade da nossa população. A importância da realização da intervenção radica em alguns fatos como o número considerável de usuários que diariamente chegam à consulta apresentando pressão arterial alta e com HGT em jejum elevado, situação preocupante que motivou a escolha dessa ação

programática como foco de intervenção. A intervenção é importante para prevenir e controlar os níveis de glicemia e pressão arterial dos usuários, diminuindo os riscos associados à hipertensão e diabetes. O grau de envolvimento da equipe que temos hoje é muito bom. A equipe está focada em desenvolver a intervenção da melhor forma possível, enfrentando a maior dificuldade de não contarmos com um prédio próprio, da nossa equipe não estar completa e não temos área de abrangência totalmente definida.

Temos como objetivo fazer a reorganização do sistema de atendimento a essa população, desde o acolhimento, fazendo com que o diagnóstico dessas duas doenças seja precoce, assim como melhorar a qualidade do atendimento e a cobertura. Podemos melhorar a atenção à saúde da população alvo através de ações como a promoção de hábitos de vida mais saudáveis, uma alimentação saudável, o controle do tabagismo, o consumo de álcool e diminuição do sedentarismo. A intervenção é importante para toda a nossa população, para que os níveis de glicemia e pressão arterial possam ser controlados e, assim diminuir os riscos associados à hipertensão e diabetes. O grau de envolvimento da equipe que temos hoje é muito bom, pois toda a equipe está focada em desenvolver o trabalho da melhor forma possível. Podemos melhorar a atenção à saúde da população alvo, promovendo a mudança de hábitos de vida como dieta, sedentarismo, o tabagismo e o uso de álcool. Mudar hábitos de vida da população não é um trabalho fácil, mas aos poucos e com muita dedicação, orientações e um trabalho intenso pretenderam alcançar os objetivos.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Florêncio em Santana da Boa Vista, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

Meta 1.1. Cadastrar 70 % 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 70 % 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. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos 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 usuários hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Objetivo 4 . Melhorar o registro das informações.

Metas 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 diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.6. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

O projeto está organizado para ser desenvolvido no período de 04 meses na ESF 2 Florêncio no Município de Santana da Boa Vista. A nossa população alvo são os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus residentes na área de abrangência.

2.3.1 Detalhamentos das ações.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

Meta 1.1. Cadastrar 70 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação

•**Ação:** Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pela enfermeira da UBS e supervisionadas mensalmente pela médica.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Através de formulários especiais elaborados pela equipe e preenchidos pelo profissional que realizará o atendimento ao usuário. Tais formulários devem ser anexados à pasta (prontuário) do usuário.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS

Detalhamento: Com ações realizadas por todo o pessoal da UBS. Em cada reunião da equipe de saúde a médica falará da importância e a repercussão que tem para a saúde do usuário ter um bom acolhimento quando chega a UBS.

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

Detalhamento: Os materiais são fornecidos pela Secretaria de Saúde, apenas devemos ter cuidado para que todos estejam funcionando bem e caso algum esteja com problema solicitar a troca o mais breve possível, tarefa que ficará a cargo da enfermeira.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Detalhamento: Divulgando através dos agentes comunitários de saúde (ACS), bem como através de informativos através dos meios de comunicação mais utilizados no município (rádio e jornal).

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

Detalhamento: Informação passada através dos grupos de saúde realizados pela enfermeira, médica e ACS nas comunidades, durante as consultas, e na triagem de enfermagem.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

Detalhamento: Nós grupos de saúde, quanto nas visitas domiciliares e nas consultas médicas e triagem de enfermagem, pelos ACS, médica e enfermeira.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Isso vai ser realizado pela enfermeira, passando aos ACS todas as orientações necessárias para o cadastramento de todos os hipertensos da área de abrangência.

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

Detalhamento: Os profissionais que realizam a verificação de PA são os enfermeiros, o técnico de enfermagem, o médico, tais profissionais já estão capacitados para tal serviço. O médico e a enfermeira capacitarão os ACS para que possam ter o conhecimento deste procedimento.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

Meta 1.2. Cadastrar 70 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

• **Ação:** Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pela enfermeira da UBS e supervisionadas mensalmente pela médica.

Organização e gestão dos serviços

• **Ação:** Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no programa

Detalhamento: Através de formulários especiais elaborados pela equipe e preenchidos pelo profissional que realizar o atendimento ao usuário Tais formulários devem ser anexados a pasta (prontuário) do usuário.

.**Ação:** Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: Com ações realizadas por todo o pessoal da UBS. Em cada reunião de equipe de saúde a médica falará da importância e a repercussão que tem para a saúde do usuário ter um bom acolhimento quando chega a UBS.

• **Ação:** Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Tais matérias são fornecidas adequadamente pela Secretaria de Saúde, apenas devemos ter cuidado para que todos estejam funcionando bem e

caso algum esteja com problema solicitar a troca o mais breve possível, tarefa que ficará a cargo da enfermeira.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Divulgando através dos agentes comunitários de saúde (ACS), bem como através de informativos pelos meios de comunicação mais utilizados no município (rádio e jornal).

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

Detalhamento: Através dos grupos de saúde realizados pela enfermeira, médica e ACS nas comunidades, durante as consultas, e na triagem de enfermagem.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Tanto nos grupos de saúde, quanto nas visitas domiciliares e nas consultas médicas e triagem de enfermagem, pelos ACS, médica e enfermeira.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Será realizado pela enfermeira, passando aos ACS todas as orientações necessárias para o cadastramento de todos os hipertensos da área de abrangência.

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

Detalhamento: Os profissionais que realizarem a verificação de PA serão os enfermeiros, o técnico de enfermagem e o médico. Estes profissionais já estão capacitados para tal serviço. O médico e a enfermeira capacitarão os ACS para que possam ter o conhecimento deste procedimento.

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

Meta 2.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos 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.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Através da orientação, os usuários adquirirão os medicamentos da doença de graça, fazendo o cadastro nas farmácias populares e na farmácia do posto de saúde do município. Essas orientações serão dadas pela enfermeira, ACS e a médica, durante as consultas, a triagem de enfermagem, nas visitas domiciliares, nos grupos de hipertensos e diabéticos.

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento.

Detalhamento: Essas atividades serão feitas pela enfermeira, os agentes comunitários de saúde e a médica através de perguntas direitas nas consultas na triagem de enfermagem e nas visitas domiciliares.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado

Detalhamento: Essa ação será feita pela médica, nas consultas médicas e visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Através de um registro serão feito pela médica para controlar os usuários que serão indicados os exames.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico.

Detalhamento: Na triagem de enfermagem a enfermeira vai fazer o toma dos sinais vitais o resto do exame clinica serão feito pela médica nas consultas e nas visitas domiciliares.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Essa capacitação vai ser feita pela enfermeira aos ACS previa coordenação entre a enfermeira e a médica na preparação dos temas a discutir.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: As atualizações dos profissionais de saúde serão feitas na primeira semana de cada mês.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Essas ações serão realizadas pelos membros da secretaria de saúde.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Os exames complementares serão feitos pela médica nas consultas médicas e nas visitas domiciliares com o material adquirido através da secretaria da saúde do município.

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

Detalhamento: Os exames complementares serão indicados pela médica nas consultas médicas e nas visitas domiciliares com o material adquirido através da secretaria de saúde do município.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Os usuários que precisem da realização de exame de urgência, nas requisições serão preenchidos um indicativo de urgência e a secretaria de saúde vai ser alertada sobre a situação do usuário para que sejam priorizados os exames.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O controle será realizado pelo farmacêutico do posto de saúde, mensalmente.

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

Detalhamento: Os registros dos medicamentos da farmácia continuarão sendo realizados pelo farmacêutico sendo supervisionados pelo gestor de saúde. Alertaremos ao farmacêutico caso haja reportes de falta de estoque pelos usuários e

Ihe será solicitado uma lista dos medicamentos disponíveis para poder realizar prescrições segundo a disponibilidade dos medicamentos

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Através do exame físico realizados nas consultas médicas e nas visitas domiciliares pela enfermeira e a médica realizarão exames bucais se possível com acompanhamento do dentista.

Engajamento público

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade enquanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente; à necessidade de realização de exames complementares; o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos diabéticos.

Detalhamento: Essas atividades serão realizadas pela enfermeira, os ACS e a médica durante as consultas médicas, a triagem de enfermagem, as visitas domiciliares e os grupos de diabéticos.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O exame clinica é realizado pela enfermeira e a médica.

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

Detalhamento: Os exames complementares serão indicados pela medica, a qual orientará à equipe de trabalho para orientar aos usuários sobre a frequência e a importância de realizar os exames complementares.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações mensais dos agentes comunitários de saúde e da enfermeira.

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

Detalhamento: Nas reuniões realizadas, o médico orientará à enfermeira e se atualizará sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular /Hiperdia.

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais o dentista da policlínica central_capacitará à equipe de trabalho, com respeito à necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo consulta em dia.

Detalhamento: Uma vez que começemos o atendimento planejado aos usuários hipertensos, o cumprimento da periodicidade das consultas será monitorado pela médica da equipe de trabalho.

Organização e gestão do serviço

•**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: A enfermeira em conjunto com os ACS, organizará e orientará as visitas aos usuários faltosos, e realizará orientações sobre a importância do acompanhamento adequado e agendará a consulta.

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

Detalhamento: A enfermeira organizará a agenda para receber aos usuários em forma conjunta com os ACS. Será reservada uma vaga diária para poder receber a esses usuários.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: As informações da importância da realização das consultas serão fornecidas à população por todos os integrantes da equipe de trabalho em consultas,

triagem de enfermagem, visitas domiciliares e nos grupos de hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: As orientações e esclarecimentos serão dados pela equipe, durante as consultas médicas, nas consultas de enfermagem, nas visitas domiciliares, nas consultas médicas e nos grupos de hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: Toda a equipe ouvira as estratégias propostas pela comunidade na recepção, triagem de enfermagem, nas visitas domiciliares nos grupos de hipertensos e diabéticos e serão discutidas nas reuniões da UBS.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: A capacitação será feita pela enfermeira nas reuniões da equipe de trabalho.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas 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.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Os dados gerais dos registros serão preenchidos pelo recepcionista e pela auxiliar de enfermagem, o resto dos dados será preenchido pela enfermeira e médica e serão supervisionados pela enfermeira mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Essas informações serão registradas e atualizadas pela enfermeira cada 15 dias.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: As fichas de atendimentos os dados gerais serão preenchidas pelo recepcionista depois serão anexadas ao prontuário de cada usuário, as quais serão preenchidas nas consulta de enfermagem ou consultas médica da UBS.

Ação: Atuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Os registros de informações serão atualizados periodicamente pela enfermeira.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Os registros serão monitorados a cada três meses pelo gestor municipal e mensalmente pela enfermeira da equipe da UBS.

Engajamento público

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

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas aos usuários nas atividades dos grupos.

Qualificação da pratica clinica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Essas atividades serão realizadas pela enfermeira nas reuniões da equipe de trabalho prévio ao inicio da intervenção.

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

Detalhamento: Essas atividades serão realizadas pela médica da equipe durante as reuniões da equipe previamente ao inicio da intervenção.

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

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Essas atividades serão realizadas pela médica da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Essas atividades serão realizadas pela médica na primeira consulta aos usuários com essas doenças.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A agenda será organizada pelo recepcionista e a enfermeira da equipe e supervisionadas pela médica mensalmente.

Engajamento público

Ação: Orientar aos usuários sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: As orientações serão dadas aos usuários durante as consultas médicas após avaliação. A importância do acompanhamento regular será orientada nas consultas, na sala de espera, mediante palestras à comunidade e nos grupos.

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

Detalhamento: Essas orientações serão fornecidas frequentemente aos usuários nas consultas médicas, nas consultas de enfermagem, nas visitas domiciliares, e nos grupos de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a avaliação dos pés.

Detalhamento: As capacitações serão feitas pela médica da equipe de trabalho nas reuniões mensais aos membros da equipe antes da intervenção.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: As capacitações serão feitas pela médica da equipe de trabalho nas reuniões mensais previa ao início da intervenção.

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

Detalhamento: As capacitações serão realizadas nas reuniões da equipe mensais para todos os integrantes.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.2. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.6. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas pela equipe nas consultas, triagem de enfermagem, visitas domiciliares e nos grupos; será monitorada pela médica mensalmente.

Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo.

Detalhamento: As praticas coletivas serão realizadas pela enfermeira e a medica da equipe previa preparação de nutricionista, educador físico e odontólogo.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, importância da higiene bucal.

Detalhamento: Através de palestras nos grupos de hipertensos e diabéticos, realizados pela enfermeira e a médica.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Estas capacitações serão realizadas pela nutricionista do município, a qual orientará a médica da equipe, e a médica orientará a equipe.

As palestras de educação em saúde serão realizadas nas reuniões da equipe de trabalho, pela enfermeira da equipe de saúde.

As capacitações sobre atividade física serão realizadas pelo educador físico o qual orientara a médica da equipe, e a médica orientará a equipe nas reuniões.

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

Detalhamento: As palestras de educação em saúde serão feitas nas reuniões da equipe de trabalho, pela enfermeira da equipe de saúde.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Estas capacitações serão realizadas pela odontóloga da policlínica central, a qual orientará a médica da equipe, que orientará ao resto da equipe.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da hipertensão arterial para 70 %.

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

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

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

Meta 1.2: Ampliar a cobertura de Diabetes Mellitus para 70 %.

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

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

Meta 2.3. Garantir a realização de exames complementares a100% dos hipertensos.

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.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

Meta 2.4. Garantir a realização de exames complementários a 100% dos diabéticos

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.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

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 com prescrição de medicamentos

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

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

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

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

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão de diabéticos ao programa.

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

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica 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.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de diabéticos ao programa.

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

Indicador 3. 2. Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica 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.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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 Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

Objetivo Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular.

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos utilizar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da saúde, 2013 (BRASIL, 2013). Utilizaremos a ficha espelho recomendada pelo curso, as fichas de hipertensos e diabéticos que deverão estar disponíveis no município. Esta ficha complementar a informação das fichas disponíveis atualmente na UBS.

Com a intervenção estimamos cadastrar 70% de diabéticos e hipertensos residentes na área de abrangência. Inicialmente, será realizada uma reunião com o gestor municipal para apresentar a intervenção e garantir a disponibilização de material necessário como as fichas espelho, fichas complementares, prontuários médicos, canetas, as cadernetas de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial, disponibilidade de 2 horas para a capacitação da equipe de trabalho.

A gestão gerenciará a capacitação da médica da equipe de trabalho por parte da nutricionista do município e odontólogo, sobre o cuidado dos usuários diabéticos e hipertensos e se for possível, completará os recursos humanos de nossa UBS.

A planilha eletrônica de coleta de dados será utilizada e preenchida para o acompanhamento mensal da intervenção. A partir do momento que implantemos o registro específico, a enfermeira e recepcionista registrarão os dados gerais a todos os usuários diabéticos e hipertensos do serviço. Os profissionais localizarão os prontuários dos Hipertensos e Diabéticos e transcreverão os dados gerais dos usuários. O primeiro monitoramento será realizado e será anexada uma anotação naqueles prontuários com consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Para viabilizar a realização das capacitações da equipe referentes ao protocolo a ser usado, será garantido um local, material e ferramentas necessárias pelo gestor.

A capacitação da equipe será realizada usando o manual técnico de Hipertensão e Diabetes recomendado pelo ministério da saúde. (BRASIL, 2013). A capacitação será de duas horas e será realizada no salão e no horário destinado às reuniões da equipe.

Inicialmente a capacitação abordará conceitos básicos de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, o protocolo de atendimento em atenção primária de saúde e o preenchimento adequado das diferentes fichas. O responsável destas ações será a médica da equipe de trabalho. Serão definidas as atribuições de cada membro da equipe e o responsável pelo monitoramento delas.

Nesta primeira reunião será estabelecido o horário das próximas atividades, e o responsável do tema da próxima atividade. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e apresentarão conteúdo aos outros membros da equipe.

Os agentes de saúde continuarão com o recadastramento de nossa área de saúde, buscando novos usuários portadores destas doenças e residentes na área adstrita e que não estejam cadastrados. Previamente as orientações serão fornecidas na capacitação antes de começar a intervenção. As capacitações serão realizadas pela enfermeira da equipe de trabalho nas reuniões da equipe de trabalho. Os principais temas que serão orientados nas reuniões da equipe de trabalho com a finalidade de viabilizar nosso trabalho incluirão: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Conceito, sintomas e sinais, fatores de risco, tratamento não farmacológico, fazendo ênfases nas ações de prevenção e promoção de saúde, cadastramento, realização de buscas ativas, quando e como realizar as visitas domiciliares, determinação das necessidades de atendimento odontológico, humanização do atendimento; acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos.

O acolhimento dos Hipertensos e Diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Hipertensos e Diabéticos com problemas agudos serão atendidos de forma prioritária para agilizar o tratamento de intercorrências deles. Os Hipertensos e Diabéticos que realizem consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas dos Hipertensos e Diabéticos, haverá prioridade nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os Hipertensos e Diabéticos provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana. O responsável desta ação será o recepcionista, previa orientação da enfermeira a médica da equipe de trabalho, que serão informadas previamente pelos ACS.

Os ACS vão continuar atualizando os cadastros de saúde da família (preenchendo o numero da família, integrantes, dados gerais...) e com esses dados serão organizados os prontuários no arquivo da UBS por família (atividade que ainda não foi realizada, por no estar alocados em nossa UBS e estar trabalhando com o 100% da população do município). Além disso, nossos usuários hipertensos e diabéticos, terão anexado a seus prontuários a ficha espelho desenhada pelo curso, para poder levar um adequado monitoramento deles em quanto à próxima consulta, exames laboratoriais realizados, próxima consulta. Nas consultas medicas e visitas domiciliarium os usuários que ainda não tenham os exames complementários realizados a doutora da equipe de trabalho preencherá a requisição deles para que seja feitos por todos os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência com o material adquirido através da secretaria de saúde do município.

As visitas domiciliarium da enfermeira e doutora serão as quinta feira de cada semana, nas diferentes comunidades de nossa área de abrangência, na qual se aproveitara para interagir com os grupos de hipertensos e diabéticos de cada uma dela. Os agentes comunitários continuaram realizando as visitas domiciliarium diárias e levaram as incidências à enfermeira para fazer o planejamento das ações que serão realizadas para solucionar os problemas de saúde que apresenta nossa população.

Buscaremos aos representantes da comunidade, párocos de Igrejas, diretores de escolas, e organizações da comunidade da área de abrangência para apresentar o projeto e pedir apoio com a divulgação do programa. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação dos Hipertensos e Diabéticos e de esclarecer à comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

A enfermeira avaliará as fichas espelho dos Hipertensos e Diabéticos de forma semanal identificando aos usuários com consultas, exames clinicam, exames laboratoriais em atraso. As planilhas digitais do SIAB serão preenchidas pela

enfermeira da equipe de trabalho com ajuda de todos os integrantes da equipe de trabalho, diariamente até poder realizar o registro com o 100 % de nossos usuários hipertensos e diabéticos. O resto das planilhas do curso será preenchido pela médica e enfermeira uma vez por semana. O monitoramento das ações será feitos semanal.

Os agentes comunitários de saúde realizarão a busca ativa dos Hipertensos e Diabéticos, e agendarão aos usuários. Cada mês, as informações da ficha espelho serão registradas na planilha eletrônica.

medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.																	
• Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos	X																
• Organizar visitas domiciliares para buscar dos faltosos assim como agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares	X	X	x	X	X	x	X	X	X	x	x	X	X	x	x	X	X
• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física.	X	X				x							x				X
• Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta como atraso na realização de consulta de acompanhamento, falta de exame complementar e estratificação de risco e avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.	X																
• Cadastrar aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.		X	x	X	X	x	X	X	X	x	x	X	x	x	x	x	X

• Realizar exame clínico apropriado e garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo para hipertensos e diabéticos em hipertensos e diabéticos		X	x	x	X	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X
• Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular		X	x	X	X	x	X	X	X	x	x	X	x	x	x	x	X
• Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico e estratificação de risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos.		x	x	X	X	x	X	X	X	x	x	X	x	x	x	x	X
• Realizar a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.		X	x	X	X	x	x	X	X	x	x	X	x	x	x	x	X
• Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, assim como a realização de exame clínico, exames laboratoriais, acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e necessidade de atendimento odontológico cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, qualidade dos registros , realização de	X	X	x	X	X	x	X	X	X	x	x	X	x	x	x	x	X

pele menos uma verificação da estratificação de risco por ano																	
• Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.		X	x	X	X	x	X	X	X	x	x	X	x	x	x	x	X
• Melhorar o acolhimento dos usuários	X	X	x	X	X	x	X	X	X	x	x	X	x	x	x	x	X
• Informar a comunidade sobre a existência do Programa de na unidade de saúde.	X	X	x	X	X	x	x	X	X	x	x	X	x	x	x	x	X
• Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, importância do rastreamento para DM e de aferição de pressão arterial a partir dos 18 anos, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, necessidade e periodicidade de realização de exames complementares e consultas, acesso aos medicamentos, importância de avaliação da saúde bucal.		X	x	X	X	x	x	X	x	x	x	X	x	x	X	x	X
• Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação aos registros em dia, conhecimento do nível de risco e à importância		x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x	X	x	X

do acompanhamento regular, adequado controle de fatores de risco modificáveis, importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.																	
• Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e de diabetes	X	X	x	X	X	x	x	X	X	x	x	X	x	x	x	x	X
Priorizar o atendimento aos usuários classificados de alto risco e Organizar a agenda para o atendimento deles		X	x	X	X	x	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	X
Manter as informações do SIAB atualizadas.					X				X			X	x	x	x	X	X
Realizar o registro das ações nas fichas espelhos, prontuários e planilhas eletrônicas.		X	x	X	X	x	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	X

3 Relatório da intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O objetivo de nosso trabalho foi melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do ESF 2 Florêncio no Município de Santana da Boa Vista, Rio Grande do Sul.

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas. Nas reuniões da equipe prévias ao início da intervenção, foram realizadas capacitação da equipe de saúde, garantimos a logística para poder desenvolver a intervenção, realizamos a divulgação do projeto de intervenção com a equipe de trabalho, o gestor de saúde do município e alguns membros da comunidade, com grande aceitação por parte de todo o pessoal. Resaltamos a participação da Secretaria Municipal de Saúde que contribuiu de forma ativa com a intervenção, disponibilizando todo o material necessário e agilizando a realização de exames complementares dos usuários, além da divulgação necessária nos meios de comunicação local. Além da ajuda fornecida pelo nutricionista de educação e os professores de educação física das escolas que apoiaram nosso trabalho fornecendo informações atualizadas de como ajudar aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa comunidade.

Todos os usuários estão com exames clínicos em dia, registros adequados, porém tivemos dificuldades com as ações referentes à saúde bucal. As avaliações sobre a necessidade odontológica foi realizada porém as consultas e os tratamentos não, devido a que não contamos com dentista nem assistente bucal e ainda continuamos com essas dificuldades.

Os usuários que não tinham exames complementares em dia de acordo ao protocolo de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus receberam as prescrições para a sua realização. Não alcançamos a estimativa dos 100 % porque não contamos com todos os recursos no município, muitos usuários foram encaminhados aos

laboratórios clínicos da cidade de Pelotas e um menor número no laboratório de nossa cidade, e demoram de 3 a 5 semana entre marcar os exames, a realização deles e obter os resultados.

Foi realizado o exame clinica, prescrição de medicamentos da HIPERDIA ou da farmácia popular, orientações sobre a importância da pratica regular de exercícios físicos aeróbicos, higiene bucal, alimentação saudável e fumo, busca ativa dos usuários faltosos a consulta, registros adequados na ficha de acompanhamento e nas fichas espelho, avaliação de estratificação de risco cardiovascular ao dia porque o resto não estava com exames complementares em dia o qual forma parte da avaliação de risco cardiovascular.

No inicio foi difícil, mas pouco a pouco começou a fazer parte de nossa rotina de trabalho. Enfrentamos grandes dificuldades devido ao fato da nossa ESF não ter ainda área delimitada. No entanto agora, temos essa área de abrangência delimitada e nossa população bem definida. Dessa forma podemos planejar e organizar o serviço.

A intervenção pouco a pouco foi formando parte de nossa rotina do serviço, pelo grau de engajamento e aceitação por parte da população e da equipe de trabalho. Trabalho que continua sendo realizado por parte da equipe de trabalho pelos resultados obtidos a traves destas semanas.

Os indicadores que não atingiram 100% forma a proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo e a Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia .

Foram indicados os exames complementares a100% dos usuários que não estavam com os exames em dia segundo o Protocolo do Ministério de Saúde. Mas nas próximas semanas serão avaliados nas consultas de retorno na qual vai ser realizada a avaliação de risco dos mesmos.

A intervenção foi programada inicialmente para 16 semanas , posteriormente foi orientado que a mesma teria ser desenvolvida em 12 semanas devido a readequação do calendário.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção teve dificuldade ao início com o preenchimento das fichas espelhos devido ao tempo de preenchimento, mas foi superado.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção forma parte de nossa rotina diária de trabalho. Continuamos realizando o exame clínico, indicação dos exames complementares segundo o protocolo do ministério da saúde a todo usuário portador destas doenças , assim como avaliação odontológica a prescrição dos medicamentos da farmácia popular , avaliação de risco cardiovascular e orientações sobre saúde bucal, alimentação saudável, pratica de exercícios físicos e danos que produz o tabagismo.

No entanto, devido alguns problemas de recursos humanos (odontólogo e auxiliar de odontologia), algumas ações foram realizadas parcialmente, e continuo dialogando com o gestor de saúde para que possamos solucionar esse problema para que melhore a qualidade de nosso atendimento.

Os agentes comunitários de saúde continuam realizando a pesquisa ativa de usuários com HTA e DM em grupos de risco a desenvolver essas doenças. Continuamos o trabalho com os grupos de hipertensos e diabéticos nas diferentes comunidades de nossa área de abrangência, pois tivemos uma boa aceitação por parte dos usuários e realizamos um trabalho continuo de educação a saúde, através de palestras de como ter bons hábitos alimentares, a pratica de exercícios físicos, cuidados com a saúde bucal e os riscos do tabagismo na saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção foi desenvolvida com o objetivo de Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do ESF 2 Florêncio no Município de Santana da Boa Vista, Rio Grande do Sul.

Temos uma população residente na área de abrangência de 3621 usuários, com uma estimativa de 551 usuários hipertensos e 136 usuários diabéticos. Durante as 12 semanas da intervenção foram cadastradas e acompanhamos aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. Desenvolvemos todas as metas propostas, mas não conseguimos alcançar 100% de todas.

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

De 551 usuários hipertensos, no primeiro mês da intervenção cadastramos 88 usuários hipertensos, que representa 16% dos 551 usuários hipertensos estimados residentes na área. No segundo mês conseguimos cadastrar um total de 220 usuários (39,9%) hipertensos da estimativa e no terceiro mês chegamos a 291 usuários hipertensos representando 52,8% da estimativa de usuários hipertensos de nossa área de abrangência.

Não alcançamos a meta estabelecida porque a intervenção estava planejada para ser realizada em 16 semanas. Mas a equipe trabalhou na tentativa de alcançar 70 % da cobertura de usuários hipertensos e continua realizando a divulgação do programa além de garantir facilidades de acesso ao ESF para realizar o atendimento de todos os usuários, principalmente dos usuários provenientes da busca ativa.

Antes da intervenção não contávamos com uma ideia clara da situação dos hipertensos e diabéticos da área. Nossa população não estava totalmente cadastrada, o município estava em processo de reorganização das diferentes áreas, o que influenciou diretamente no acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Foi quase impossível à busca ativas dos usuários faltosos a consultas porque atendíamos usuários de todo o município.

Contamos com o apoio das lideranças da comunidade (pessoal da secretaria da saúde, vereadores, professores) e dos usuários de nossa área.

Algumas das ações que permitiram o desenvolvimento da intervenção foi à divulgação e aceitação da mesma, as capacitações e o comprometimento da equipe de trabalho na aplicação dos conhecimentos adquiridos no trabalho diário, o monitoramento de cada uma das ações pelo responsável que se designou nas reuniões que realizamos ao início da intervenção.

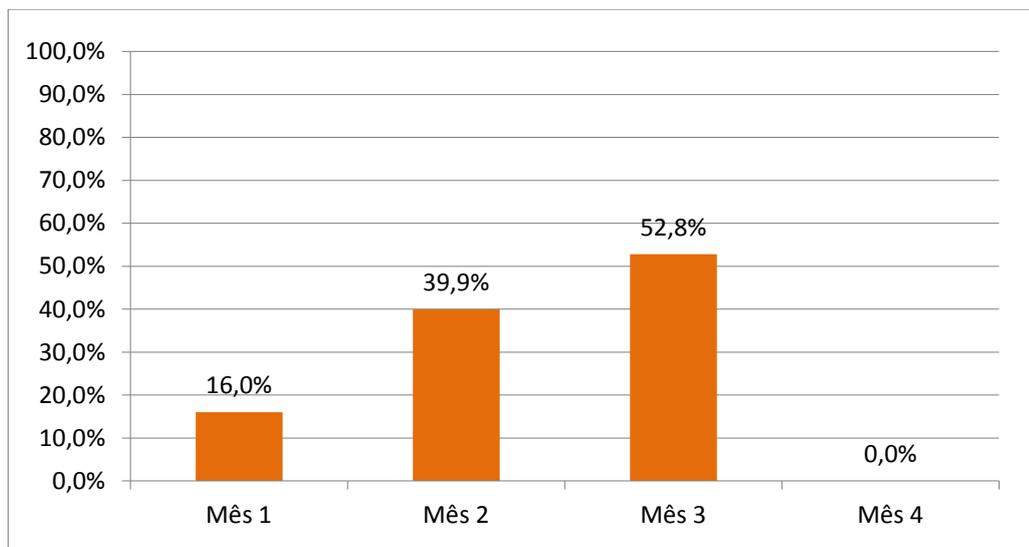


Figura 1 - Gráfico da proporção de hipertensos cadastrados na ESF 2 Florêncio, Santana da Boa Vista, RS, 2015. Fonte. Planilha de Coleta de dados, UFPEL.

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

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Nossa meta foi de cadastrar 70% dos usuários diabéticos. No primeiro mês cadastramos 36 usuários que representa 26,5% dos 136 usuários diabéticos de nossa área. No segundo mês cadastramos 101 usuários diabéticos, representando 74,3% e no terceiro mês completamos 112 usuários diabéticos, ou seja, 82,4% da estimativa de 136 usuários com essa doença de nossa área de abrangência.

Superamos a meta proposta. Acredito que os resultados obtidos foram devido a diversas ações, dentre delas foi fundamental a divulgação do programa e aceitação por parte da população, o trabalho em conjunto de nossa equipe e o apoio das lideranças da comunidade. Essas atividades garantiram que muitos usuários pudessem ser cadastrados e posteriormente acompanhados na UBS.

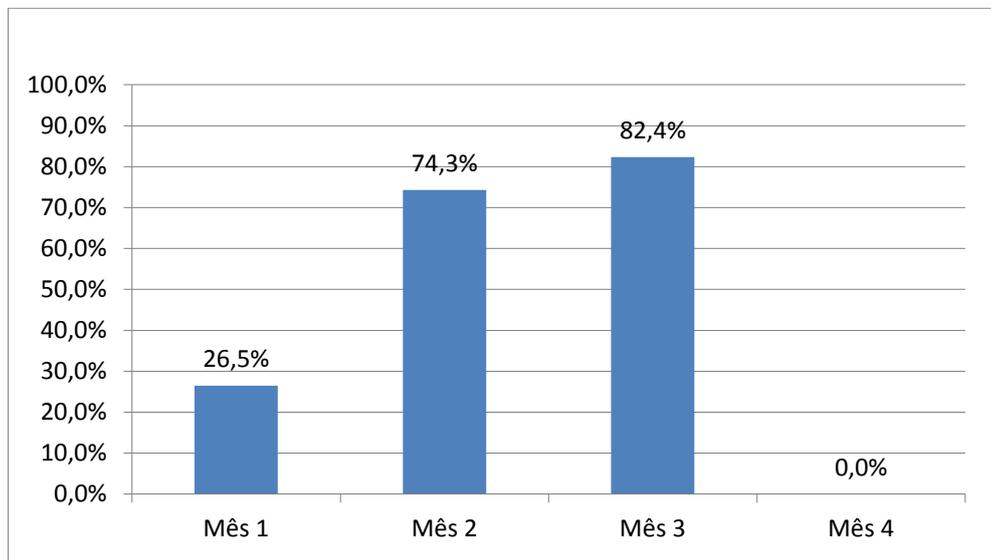


Figura 2 - Gráfico da proporção de diabéticos cadastrados do ESF 2 Florêncio , Santana da Boa Vista, RS, 2015. Fonte. Planilha de Coleta de dados, UFPEL.

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

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

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

Foi realizado o exame clínico apropriado a 100% hipertensos no transcurso destas 12 semanas de intervenção. No primeiro mês, dos 88 usuários cadastrados, receberam exame clínico os 88 usuários (100%), no segundo mês, os 220 usuários cadastrados receberam exame clínico apropriado, representando 100% e no terceiro mês foram os 291 usuários cadastrados que estiveram com exame clínico apropriado, ou seja, 100%.

Alcançamos a meta nos três meses de intervenção graças ao papel desenvolvido por cada pessoa da equipe nas ações do programa, principalmente na pesquisa a traves da toma de pressão arterial a todo usuário maior de 18 anos de idade que chegavam a UBS.

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

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

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

Cumprimos com nossa meta de realizar o exame clínico apropriado aos 100% dos usuários diabéticos de nossa área no transcurso da intervenção. No primeiro mês realizamos o exame a 36 usuários diabéticos que representa o 100% de 36 usuários cadastrados no mês, no segundo mês foi realizado a 101 usuários, que representa o 100% dos 101 usuários cadastrados e no terceiro mês a 112 usuários, que representa o 100% de 112 usuários cadastrados com Diabetes Mellitus.

Foi possível realizar o exame clínico apropriado conforme protocolo em 100% dos usuários cadastrados em graças ao papel dos integrantes da equipe nas ações do programa, principalmente a realização do hemoglicoteste a todos os usuários com risco de sofrer Diabetes Mellitus.

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

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 exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês, dos 88 usuários cadastrados no programa, avaliamos os resultados dos exames complementares de 66 usuários hipertensos, que representa 75%. No segundo mês, conseguimos avaliar os exames de 196 usuários (89,1%) de um total de 220 usuários cadastrados e no terceiro mês alcançamos um total de 261 usuários com exames complementares ao dia, que representa o 89,7% de 291 usuários cadastrados com hipertensão ao final da intervenção. Não conseguimos atingir a meta proposta para este indicador como mostra a figura 3. Foram vários os fatores que dificultaram o alcance dessa meta. Dentro deles influenciou que muitos dos usuários chegavam à consulta anual sem os exames, dessa forma tivemos que

solicitar os exames na primeira consulta e aguardávamos os resultados. A demora na realização dos exames complementares foi devido a que muitos são realizados na cidade de Pelotas prévio agendamento, e não depende da secretaria de saúde do município. Vários usuários, não conseguiam chegar ao hospital devido a chuva, sendo que deviam re agendar os exames e o vencimento das datas da requisição dos exames.

O período de coleta dos dados terminou sem que tenha sido possível que 100% dos usuários retornarem com os resultados dos exames. Os mesmos depois de ser avaliados em consultas saem com as consultas de retornos marcadas para avaliação dos mesmos e avaliação de risco cardiovascular. No entanto como a intervenção continua, os usuários estão retornando com os resultados e estamos complementando esses dados nas planilhas.

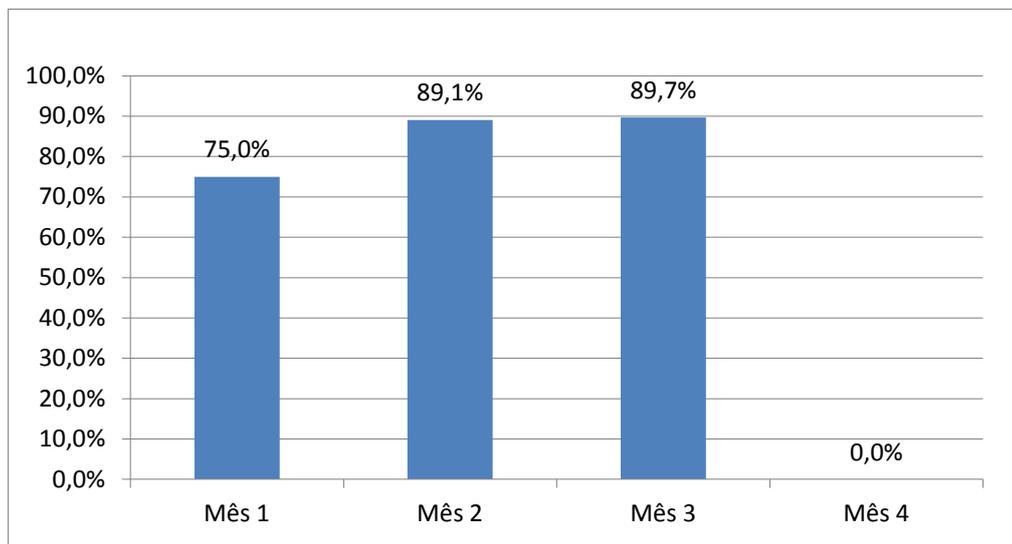


Figura 3 - Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista, RS, 2015. *Fonte. Planilha de Coleta de dados, UFPEL.*

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

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

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

No primeiro mês avaliamos um total de 30 resultados de exames complementares dos 36 usuários cadastrados, representando 83,3% do total, no segundo mês completamos a avaliação dos exames de 86,1% de 101 usuários

cadastrados com diabetes e no terceiro mês avaliamos 110 resultados de 112 usuários cadastrados, representando 98,2 %.

Não conseguimos atingir essa meta como mostra a figura 5. Dentro dos fatores que dificultaram o alcance da meta pode se relatar a falta dos exames por parte dos usuários que realizavam a consulta anual, a demora na realização dos exames complementares que são realizados na cidade de Pelotas e a falta de realização do exame devido à chuva, sendo necessário o re agendamento dos exames e o vencimento das datas da requisição dos exames. Dia a dia a porcentagem tem melhorado pouco a pouco, porque muitos retornaram as consultas de acompanhamento para avaliação dos exames e realização do risco cardiovascular. A intervenção terminou, mas não nosso trabalho com os usuários usuário

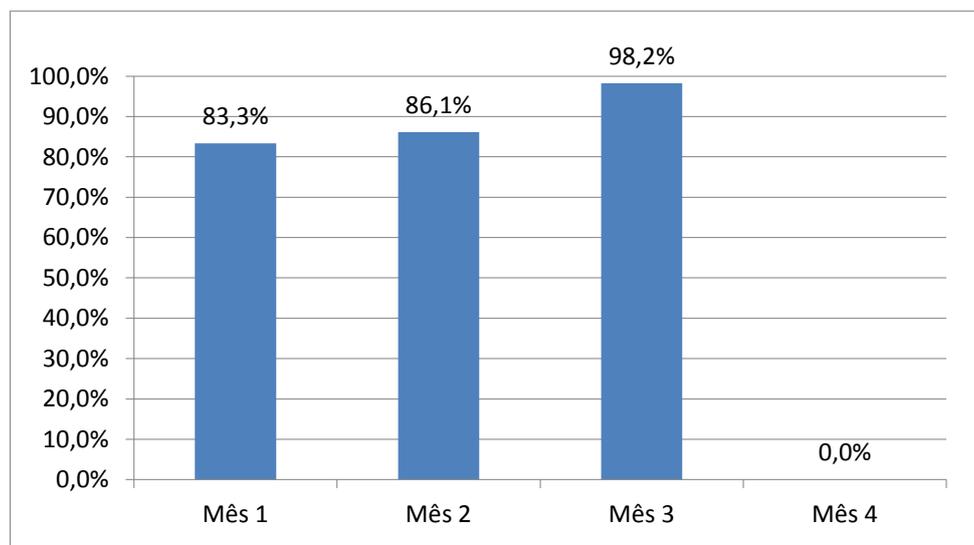


Figura 4 - Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista, RS, 2015. Fonte. Planilha de Coleta de dados, UFPEL.

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

Meta 2.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

No primeiro mês, prescrevemos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA a 88 usuários, que representa 100%, de um total de 88 usuários dos cadastrados. No segundo mês 220 usuários de 220 cadastrados, representando

100% receberam a prescrição e no terceiro mês os 291 usuários cadastrados (100%) receberam prescrições. Conseguimos cumprir 100% desta meta nos 3 meses da intervenção.

Graças ao trabalho em equipe conseguimos que 100% dos usuários hipertensos tivessem a possibilidade de adquirir a medicação através da farmácia popular, o que ajudou a melhorar a qualidade de vida destes usuários porque controlaram suas doenças com medicações de fácil aquisição e gratuitas pelo SUS.

O controle de estoque incluindo a validade de medicamentos disponíveis na farmácia da UBS foi realizado pelo farmacêutico do posto de saúde, mensal. Os usuários e a comunidade em geral foram orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e as alternativas para obter este acesso. Os registros de medicamentos da farmácia foram supervisionados pelo gestor do município. Todas essas ações favoreceram a obtenção dos nossos resultados.

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

Meta 2.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

No primeiro mês prescrevemos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA aos 36 usuários cadastrados, representando 100%, no segundo mês, os 101 usuários cadastrados receberam a prescrição do medicamento (100%) e no terceiro mês 112 (100%) dos 112 usuários cadastrados na intervenção receberam a prescrição de medicamentos.

Esta meta foi alcançada em 100% durante os 3 meses da intervenção. Graças ao trabalho em equipe, conseguimos que todos os usuários diabéticos tivessem a possibilidade de adquirir a medicação através da farmácia popular. O controle de estoque incluindo validade de medicamentos disponíveis na farmácia da UBS e as orientações realizadas aos usuários e a comunidade em geral quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e as alternativas para obter este acesso colaboraram com os resultados assim como os registros de medicamentos da farmácia que foram supervisionados pelo gestor do município.

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

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

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

No primeiro mês foram avaliados os 88 usuários hipertensos representando 100% dos usuários cadastrados, no segundo mês, os 220 usuários cadastrados (100%) e no terceiro mês um total de 291 usuários dos 291 usuários cadastrados, representando 100%

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção, graças ao trabalho da equipe. Nas reuniões mensais da equipe de trabalho a medica capacitou ao pessoal com respeito à necessidade de atendimento odontológico. Essas informações foram fornecidas aos usuários nas consultas medica, na triagem de enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos.

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

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

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

No primeiro mês foram avaliados 36 usuários diabéticos para o 100% dos usuários cadastrados, no segundo mês 101 usuário o que representa o 100% dos usuários cadastrados e no terceiro mês um total de 112 usuários o que representa o 100% do total de usuários cadastrados.

Esta meta foi alcançada nos três meses correspondentes a intervenção, devido ao trabalho da equipe. Nas reuniões mensais da equipe de trabalho a medica capacitou ao pessoal com respeito à necessidade de atendimento odontológico, para que essas informações fossem fornecidas aos usuários durante as consultas medica, na triagem de enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos.

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

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

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

Realizou-se a busca ativa em 100% dos usuários faltosos a consulta. No primeiro mês, foi realizada a busca ativa de 23 usuários hipertensos faltosos a consulta (100%). Dos 23 usuários faltosos, no segundo mês buscamos aos 61 usuários (100%) faltosos e no terceiro mês, os 97 (100%) usuários faltosos foram buscados.

Conseguimos atingir a meta proposta graças a atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde prévia orientação da enfermeira da equipe. e a atualização dos dados dos usuários que era monitorada continuamente pela enfermeira para identificar aos usuários faltosos.

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

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

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

Esta meta foi atingida ficando em 100% em toda a intervenção. No primeiro mês, realizamos a busca ativa aos 4 usuários diabéticos faltosos a consulta (100%), no segundo mês os 25 usuários faltosos foram buscados (100%) e no terceiro mês, os 27 usuários faltosos foram buscados, representando 100%.

A meta proposta foi atingida graças a atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde prévia orientação da enfermeira da equipe e a atualização dos dados dos usuários pela enfermeira.

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.

Essa meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês 88 usuários hipertensos que representa o 100% dos cadastrados estavam com registros adequados na ficha de acompanhamento, no segundo mês 220 usuários que representa o 100% dos cadastrados estavam com as fichas de acompanhamento em dia e no terceiro mês 291 usuários que representa o 100% dos cadastrados ao final da intervenção estavam com fichas de acompanhamento em dia.

O sucesso desta meta foi possível devido ao monitoramento da intervenção e da avaliação diária da qualidade dos registros realizados nas fichas-espelho.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

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

No primeiro mês os 36 usuários diabéticos (100%) dos cadastrados estavam com registros adequados na ficha de acompanhamento, no segundo mês 101 usuários diabéticos, ou seja, 100% dos cadastrados estavam com as fichas de acompanhamento em dia e no terceiro mês 112 usuários diabéticos representando 100% dos cadastrados ao final da intervenção estavam com fichas de acompanhamento em dia.

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses de intervenção.

O sucesso desta meta foi possível através do monitoramento da intervenção e da avaliação diária da qualidade dos registros realizados nas fichas-espelho. Esta ação era realizada pelo médico e pela enfermeira sempre ao final do dia.

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

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

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

No primeiro mês realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham a 66 usuários dos 88 usuários cadastrados neste mês, representando 75,0%. No segundo mês, foram 196 usuários (89,1%) dos 220 cadastrados e no terceiro mês 261 usuários (89,7%) de 291 usuários cadastrados ao final da intervenção.

Esta meta não foi atingida. As maiorias dos usuários compareciam à primeira consulta anual, sem ter realizado os exames complementares em dia. Solicitávamos os exames complementares na primeira consulta e aguardamos os resultados. Os usuários saíam da consulta com a consulta agendada para a avaliação dos resultados dos exames. Neste resultado influenciou que o tempo previsto para a intervenção, ao início foi de 16 semanas e posteriormente de 16 passou a ser 12 semanas e para aplicar a escala de Framingham precisamos dos exames complementares.

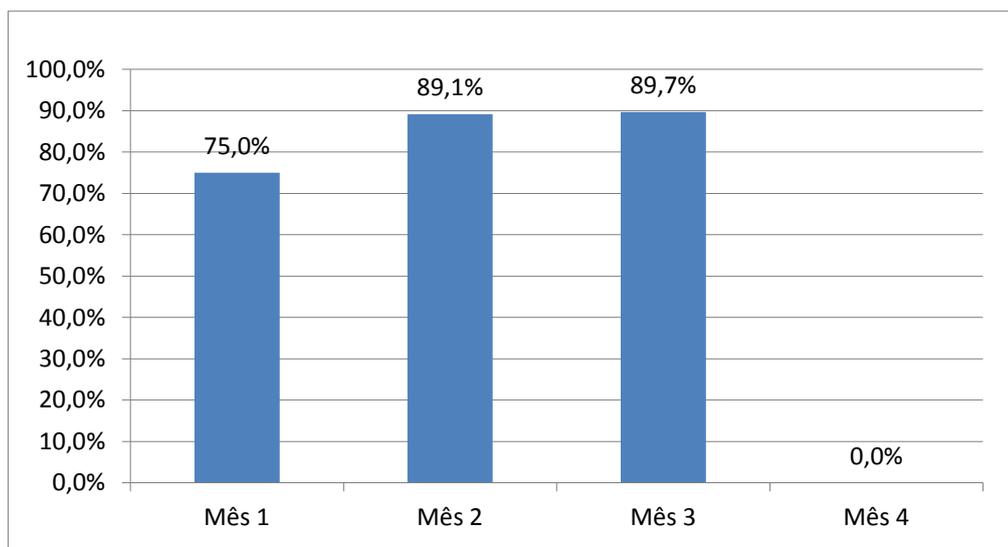


Figura 5- Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista, RS, 2015. Fonte. Planilha de Coleta de dados, UFPEL.

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

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

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

No primeiro mês realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham de 30 usuários dos 36 usuários cadastrados que representa 87%. No segundo mês, foram 87 usuários (86,1%) dos 101 cadastrados e no

terceiro mês 110 usuários, representando 98,2% de 112 dos usuários cadastrados ao final da intervenção.

Esta meta não foi atingida. A maioria dos usuários comparecia à consulta anual, sem ter realizado os exames complementares em dia. Os exames complementares eram solicitados e aguardávamos os resultados. Neste resultado o tempo previsto para a intervenção era de 16 semanas, mas finalmente foi de 12 semanas, situação que influenciou nos resultados, pois para aplicar a escala de Framingham se precisa dos exames complementares.

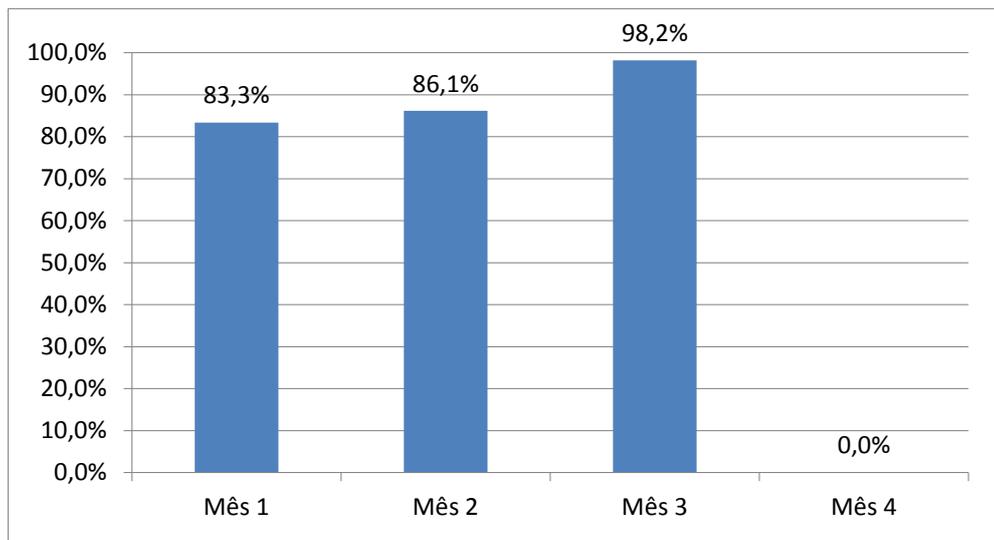


Figura 6 - Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na ESF 2 Florêncio-Santana da Boa Vista-RS- 2015. Fonte. *Planilha de Coleta de dados, UFPEL.*

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

No primeiro mês 88 usuários que representa o 100% dos usuários cadastrados nesse mês receberam orientação nutricional, no segundo mês 220 usuários que representa o 100% dos usuários hipertensos cadastrados receberam orientação nutricional e no terceiro mês 291 usuários que representa o 100% dos usuários cadastrados ao final da intervenção receberam orientação nutricional adequada.

A meta foi alcançada em 100% dos usuários hipertensos, nos três meses da intervenção. Esse resultado foi alcançado graças ao trabalho em conjunto de toda a

equipe de trabalho, orientando aos usuários de forma individual e coletiva através de consultas, na tiragem de enfermagem, nos grupos de hipertensos e nos encontros com as lideranças da comunidade.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

No primeiro mês, os 36 usuários diabéticos cadastrados (100%) receberam orientação nutricional, no segundo mês 101 usuários representando 100% dos usuários diabéticos cadastrados que receberam orientação nutricional e no terceiro mês 112 usuários que representa 100% dos usuários diabéticos cadastrados ao final da intervenção receberam orientação nutricional adequada.

A meta foi alcançada durante os três meses da intervenção. Esse resultado foi alcançado graças ao trabalho da equipe, orientando aos usuários de forma individual e coletiva através de consultas, na tiragem de enfermagem, nos grupos de hipertensos e nos encontros com as lideranças da comunidade.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.2. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês, 88 usuários cadastrados receberam orientação sobre a prática regular de atividade física representando 100% no segundo mês 220 usuários (100%) hipertensos cadastrados receberam orientação sobre a prática regular de atividade física e no terceiro mês 291 usuários (100%) hipertensos cadastrados ao final da intervenção receberam orientação sobre prática regular de atividade física adequada.

Essa meta atingiu 100% dos usuários hipertensos nos três meses de intervenção.

A equipe de trabalho, foi capacitada para poder realizar todas as orientações, durante as consultas, na triagem de enfermagem, nos grupos de hipertensos e nos encontros com as lideranças da comunidade.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.3. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês 36 usuários (100%) dos usuários diabéticos cadastrados nesse mês receberam orientação sobre a prática regular de atividade física, no segundo mês 101 usuários que representa o 100% e no terceiro mês 112 usuários diabéticos cadastrados, ou seja, 100% dos usuários receberam orientação sobre prática regular de atividade física adequada.

Esta meta atingiu 100% dos usuários diabéticos nos três meses correspondentes a intervenção. Esse resultado foi alcançado graças ao trabalho da equipe de trabalho, orientando aos usuários sobre a importância da prática regular de atividade física de forma individual e coletiva através de consultas, na triagem de enfermagem, nas palestras realizadas nos grupos de hipertensos e nos encontros com as lideranças da comunidade. As capacitações colaboraram com essa ação.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.4. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção.

No primeiro mês 88 usuários o que representa o 100% dos usuários cadastrados nesse mês receberam orientação sobre os riscos de tabagismo, no segundo mês 220 usuários que representa o 100% dos usuários hipertensos cadastrados receberam orientação sobre os riscos de tabagismo e no terceiro mês 291 usuários que representa o 100% dos usuários hipertensos cadastrados ao final da intervenção receberam orientação sobre os riscos de tabagismo.

Os dados obtidos foi resultado do conhecimento por parte da equipe de trabalho do assunto, o que permitiu transmitir as informações a cada um dos

usuários principalmente pela divulgação da existência de tratamento para abandonar o tabagismo, além do monitoramento da ação por parte da médica da equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês, 36 usuários que representam 100% dos usuários diabéticos cadastrados nesse mês receberam a orientação sobre os riscos de tabagismo, no segundo mês 101 usuários diabéticos que representa 100% dos usuários cadastrados receberam orientação sobre os riscos de tabagismo e no terceiro mês 112 usuários (100%) dos usuários diabéticos cadastrados ao final da intervenção receberam orientação sobre os riscos de tabagismo.

Essa meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses da intervenção. Os resultados obtidos desta meta foram possíveis pelas orientações fornecidas aos usuários a traves das consultas individuais, as palestras nos grupos de hipertensos, reuniões com as lideranças da comunidade e pela divulgação da existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês, os 88 usuários (100%) cadastrados nesse mês receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês os 220 usuários (100%) hipertensos cadastrados receberam orientação sobre higiene bucal e no terceiro mês, os 291 usuários que representa 100% dos usuários hipertensos cadastrados ao final da intervenção receberam orientação sobre higiene bucal.

Conseguimos cumprir com a meta nos 3 meses da intervenção devido a ao trabalho da equipe fornecendo orientações sobre higiene bucal de forma individual nos consultas medicas , na triagem de enfermagem , nas palestras realizadas nos

grupos de hipertensos , reuniões com as lideranças da comunidade e graças as capacitações feitas .

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês os 36 (100%) usuários diabéticos cadastrados receberam orientação sobre saúde bucal, no segundo mês os 101 usuários diabéticos cadastrados (100%) receberam orientação sobre higiene bucal e no terceiro mês os 112 usuários cadastrados (100%) receberam orientação sobre como ter uma adequada saúde bucal.

Atingimos a meta devido as capacitações feitas e ao trabalho em conjunto da equipe de trabalho, fornecendo orientações sobre higiene bucal de forma individual nos consultas medicas , na triagem de enfermagem , e atividades coletivas nos grupos de hipertensos , reuniões com as lideranças da comunidade.

A pesar de não termos atingido 100% em todas as metas propostas ao inicio da intervenção, ficamos muito satisfeitos com os resultados obtidos, pois houve um alto nível de aceitação da população e participação dos usuários nos grupos de hipertensos e diabéticos. Atualmente as ações formam parte de nossa rotina diária de trabalho e poderá melhorar com o tempo.

4.2 Discussão

O desenvolvimento da intervenção em nossa UBS melhorou a cobertura e a qualidade de atenção em usuários hipertensos e diabéticos, por parte da equipe de trabalho. Foram realizados os exames clínicos exame físico e prescrição dos exames complementares (exames de laboratório e Electrocardiograma) a cada um dos usuários que estavam com atrasos segundo o protocolo do ministério da saúde. Além das ações de prevenção e promoção de agravos, a elaboração e preenchimento adequado dos registros, a identificação precoce de complicações(acidentes cérebro vasculares, nefropatias, neuropatias, cardiopatia

isquêmica) destes usuário através da classificação de risco cardiovascular e monitoramento foram realizadas em todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Dessa forma, a intervenção exigiu da capacitação de toda a equipe de trabalho para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus. Essa atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, das auxiliares de enfermagem e da recepção. Isto acabou contribuindo na organização da atenção de outras ações programáticas como a atenção aos idosos, ou seja, na organização de todos os serviços da UBS. Antes da intervenção, as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram realizadas pela médica. A intervenção permitiu a revisão das atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e com maior qualidade. A melhoria na quantidade e qualidade dos registros e o agendamento dos hipertensos e diabéticos ajudaram a viabilizar e aperfeiçoar a agenda. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos foi importante para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A intervenção teve grande impacto na comunidade. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstraram alto nível de satisfação com a prioridade e qualidade de atendimento. Mas sempre gerou insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconheciam o motivo desta priorização, mas sempre foi orientado pela equipe de trabalho o motivo da priorização e os benefícios da intervenção a cada um dos usuários que mostravam insatisfação.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos usuários hipertensos e diabéticos sem cobertura. Porém continuará nosso trabalho para dar cobertura a totalidade dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência pelos resultados obtidos em nossa comunidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades, como os grupos de hipertensos e diabéticos, a realização da avaliação de risco cardiovascular, a busca de apoio por parte do gestor de saúde para apoiar as atividades com esses usuários.

Atualmente, percebo que a equipe está integrada e mais qualificada. A intervenção esta incorporada a nossa rotina de trabalho, mas sempre procuramos as formas de superar algumas das dificuldades encontradas, como a realização do risco cardiovascular em todos os usuários hipertensos e diabéticos pela dificuldade no retorno as consultas, trabalho que continuaremos realizando com o apoio dos

ACS as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem. Vamos continuar ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial aqueles de alto risco. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta do indicador referente às estratificações do risco cardiovascular dos usuários por dificuldade de retorno em tempo a consulta.

A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis novos ACS para o demais micro áreas, poderemos cadastrar toda a população da área de abrangência.

Aspiramos continuar trabalhando na ampliação da cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, pretendemos incorporar com qualidade o atendimento ao pré-natal e puerperio, consultas de puericultura assim como melhorar o atendimento aos pacientes idosos, aumentar as pesquisas na prevenção do câncer de colo uterino e de mama na UBS.

5 Relatórios da intervenção para gestores

Foi realizada uma intervenção na ESF Florêncio com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da ESF Florêncio no município de Santana da Boa Vista-RS. A intervenção foi realizada em 12 semanas durante os meses de Março a Junho do ano 2015.

A equipe determinou que a intervenção fosse dirigida aos usuários hipertensos e diabéticos, pela quantidade de usuários portadores destas mobilidades, que chegavam a consulta sem conhecer que eram portadores destas doenças. A maioria não realizava tratamento farmacológico, apresentavam estilos de vida não saudáveis como o tabagismo, importância de prática de exercícios físicos, manter uma alimentação saudável e boa higiene bucal entre outras complicações.

A intervenção promoveu a melhora da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Cadastramos e estamos acompanhando em consultas e grupos de hipertensos e diabéticos a 291 usuários hipertensos que representam 52,8% da estimativa e 112 usuários diabéticos que representam 82,4% dos 100% da estimativa segundo VIGITEL residentes na área de abrangência da UBS. Qualificamos a atenção com destaque para a identificação precoce de complicações das mesmas como: nefropatias, neuropatias, cardiopatia isquêmica e a classificação de risco de ambos os grupos.

A equipe de trabalho foi capacitada nas reuniões da equipe quanto a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para poder fornecer atendimento e orientações adequadas a nossos usuários sob ações de prevenção e promoção, tratamento e reabilitação.

Essa atividade estimulou o trabalho em equipe do médico, das enfermeiras, das auxiliares de enfermagem, recepcionista e farmacologista da UBS. A

intervenção teve um impacto nas outras atividades no serviço como: a organização da atenção aos idosos, gestantes, lactantes, idosos. O médico tinha como atribuições a divulgação do projeto, realização do exame físico, a indicação dos exames complementares, orientar individualmente aos usuários sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes, a avaliação do risco cardiovascular, a orientação sob a importância de ter uma adequada higiene bucal, alimentação saudável, riscos do tabagismo e prática de exercício físico além do monitoramento da intervenção.

A função da enfermeira foi cadastrar o usuário preenchendo a ficha-espelho, verificação dos sinais vitais, orientação individual a cada usuário dos fatores de risco para a HAS e DM, a orientação para as buscas ativas aos usuários faltosos a consultas e organização do trabalho e colaborar no monitoramento da intervenção.

Dentro das funções da técnica de enfermagem estava: agendar os usuários, o preenchimento da ficha-espelho, a orientação sob os fatores de risco e prevenção da HAS e da DM, a verificação dos sinais vitais, o acolhimento dos hipertensos e diabéticos e a colaboração no monitoramento da intervenção. As funções dos ACS foram realizar busca ativa no domicílio dos usuários faltosos a consulta, a participação e organização para a o desenvolvimento dos grupos de hipertensos e diabéticos, o agendamento as consultas e divulgação do projeto na comunidade.

Desde que começou a intervenção melhorou quantitativa e qualitativamente os registros e o agendamento dos hipertensos e diabéticos, além de delegar atribuições em todos os membros da equipe de trabalho que antes eram concentradas na médica e viabilizou o atendimento à demanda espontânea. Aumento a avaliação de risco cardiovascular nos usuários hipertensos e diabéticos, que permite ter um maior acompanhamento deles.

A intervenção teve grande impacto na comunidade. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstraram alto nível de satisfação com a prioridade e qualidade de atendimento. Inicialmente, gerou insatisfação na sala de espera dos outros membros da comunidade, que desconheciam o motivo desta priorização, mas sempre foi orientado pela equipe de trabalho o motivo da priorização e os benefícios da intervenção a cada um dos usuários que mostravam insatisfação.

A secretaria Municipal de Saúde contribui de forma ativa com a intervenção, disponibilizando todo o material necessário e agilizando a realização de exames complementares dos usuários, além da divulgação necessária nos meios de comunicação local.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades com a equipe como, por exemplo, as atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos, a realização da avaliação de risco cardiovascular, a busca de apoio por parte do gestor de saúde para apoiar as atividades com esses usuários.

As ações que dependem da gestão que se melhoradas poderiam permitir melhora nas ações da intervenção seria a disponibilidade de um odontólogo e auxiliar de odontologia, para poder realizar o atendimento de saúde bucal, assim como de ACS em algumas micro áreas de nossa área de abrangência que não possuem cobertura, assim tendo uma melhora significativa nas ações da intervenção.

Atualmente a equipe está integrada e mais qualificada. A intervenção esta incorporada a nossa rotina de trabalho, mas sempre procuramos as formas de superar algumas das dificuldades encontradas, como a realização do risco cardiovascular em todos os usuários hipertensos e diabéticos pela dificuldade no retorno as consultas, trabalho que continuaremos realizando com o apoio dos ACS as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem. Vamos continuar ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial aqueles de alto risco.

Continuamos incrementando as ações promoção e prevenção em saúde aos usuários portadores de doenças crônicas e a toda a comunidade para obter estilos de vidas saudáveis que permitam a diminuição na incidência das doenças crônicas não transmissíveis e as complicações delas. Foi solicitada contratação dos Agentes Comunitários para as micro áreas que não tinham. Melhorou o mecanismo para a realização dos exames complementares dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A realização da intervenção ajudou a melhorar ações nos programas de atendimento pré-natal, saúde da criança e aos idosos da UBS.

Podemos observar que as ações da intervenção estão trazendo resultados positivos, melhorando significativamente a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. Assim pedimos à Secretaria Municipal de Saúde continuar apoiando as atividades para que a intervenção possa se afirmar como parte da rotina da equipe e que fique como uma atividade permanente.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Aos usuários da ESF Florêncio

Foi realizada uma intervenção na ESF Florêncio do município de Santana da Boa Vista com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus.

Com a intervenção conseguimos melhorar o programa orientado aos portadores de HAS e DM, beneficiando também aos usuários residentes na área de abrangência.

A intervenção ajudou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Cadastramos e estamos acompanhando em consultas e grupos de hipertensos e diabéticos a 291 usuários hipertensos que representam 52,8% da estimativa e 112 usuários diabéticos que representam 82,4% dos usuários residentes na área de abrangência da UBS.

Qualificamos a atenção e identificamos precocemente complicações como: nefropatias, neuropatias, cardiopatia isquêmica e a classificação de risco de ambos os grupos.

Na intervenção conseguimos incluir no programa 291 usuários hipertensos ou seja 52,8% e 112 (82,4%) usuários diabéticos o que representa mais da metade dos usuários com essas doenças que residem na área de abrangência da UBS. Realizou-se a busca ativa aos usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consultas e foi realizado o exame clínico, prescrição dos exames complementares, e avaliação odontológica a todos deles. Todos receberam orientação nutricional, sobre higiene bucal, prática de atividade física e os danos para a saúde do tabagismo.

A intervenção teve um impacto positivo na comunidade com aceitação dos usuários hipertensos e diabéticos. Os usuários com hipertensão e diabetes perceberam a melhora da qualidade e prioridade no atendimento. No início da intervenção gerou-se certa insatisfação na sala de espera aos outros membros da comunidade, pois os usuários não compreendiam o atendimento prioritário a esses usuários mas a equipe orientava os motivos da priorização dos usuários com essas duas mobilidades, além do trabalho de divulgação da intervenção que foi outro fator que ajudou na aceitação do projeto por parte da comunidade.

A equipe de trabalho está mais capacitada para receber a todos os usuários e para poder fornecer um atendimento e orientações adequadas a nossos usuários sob ações de prevenção e promoção, tratamento e reabilitação.

A comunidade apoiou a intervenção comparecendo às consultas programadas, participando dos grupos de hipertensos e diabético, promovendo a divulgação do projeto, seguindo as orientações sobre a importância da mudança para um estilo de vida mais saudável e realizando o tratamento de forma adequada.

Continuamos desenvolvendo as atividades da intervenção, com o apoio da equipe de trabalho e as lideranças da comunidade. Teremos disponíveis mais agentes comunitários de saúde, pois pretendemos ampliar a cobertura a toda a população facilitando o acesso aos usuários com hipertensão e diabetes.

Nossa equipe de trabalho está integrada e mais qualificada. A intervenção está incorporada a nossa rotina de trabalho, procuramos as formas de superar as dificuldades encontradas, como a realização do risco cardiovascular em todos os usuários hipertensos e diabéticos pela dificuldade no retorno as consultas, trabalho que continuaremos realizando com o apoio dos ACS as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem. Continuaremos ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial aqueles de alto risco.

O desenvolvimento deste trabalho permitiu melhora o planejamento e programação das consultas e visitas domiciliares da área de cada um dos agentes. Serviu-nos de exemplo para ampliar as ações para outros programas que já temos implementados na UBS como a atenção ao pré-natal, puericultura e idosos.

Conseguimos cumprir com os objetivos propostos ampliando o número de usuários acompanhados e atendidos da população portadora de HAS e DM.

Melhoraram a qualidade de vida para os usuários portadores destas doenças, evitando complicações e diminuindo os riscos.

As ações da intervenção estão trazendo uma melhora significativa na qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, portanto, convidamos à comunidade a participar das ações realizadas na intervenção, e assim poder dar continuidade e melhorar as ações para que todos possam ter uma melhor qualidade de vida. .

7 Reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem

O curso está influenciando positivamente sob meu processo de aprendizagem, porque além de adquirir conhecimentos na área clínica me permitiu conhecer o funcionamento do SUS no Brasil, permitindo uma atuação adequada no meu trabalho.

Essa melhora observada é devido às orientações recebidas pelos orientadores e a qualidade acadêmica destes, os casos clínicos interativos, os estudos da prática clínica, os TQC realizados e as documentações fornecidas pelo curso que constitui uma ferramenta no desenvolvimento de nosso trabalho na ESF.

A realização dos casos clínicos e os estudos da prática clínica ajudou-me a conhecer os protocolos de atendimentos no Brasil das diferentes doenças, além da epidemiologia que é muito importante para os diagnósticos diferenciais. Através dos fóruns e DOE intercambiamos experiências, esclarecimento de dúvidas com respeito à prática clínica, o desenvolvimento do TCC.

O curso ajudou a melhorar significativamente a atenção aos usuários portadores de HAS e DM na UBS que constitui objetivo fundamental da nossa intervenção. A melhoria nos atendimentos faz parte de nossa rotina diária no serviço e está se estendendo nas diferentes ações programáticas da UBS (atenção pré-natal, puericultura, atenção aos idosos). Continuaremos dando continuidade a nosso trabalho desempenhando os protocolos fornecidos pelo curso. Cumprindo com os princípios do SUS: integralidade, universalidade, e equidade.

O curso foi uma fonte de aquisição e expansão de conhecimentos sob a saúde da família e a comunidade.

Os conhecimentos adquiridos com o decorrer do curso permitiram adequar os conhecimentos técnicos pré-existentes de saúde comunitária a realidade da estratégia de saúde utilizada no Brasil, bem como possibilitaram reflexão acerca dos diferentes modelos de saúde desenvolvidos, tanto nas diferentes regiões do Brasil, quanto no meu país de origem.

Referências

BRASIL, **Manual técnico de Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

BRASIL, **Manual técnico de Hipertensão Arterial**. Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

GODERICH, R.R. **Medicina Interna**: Tomo III. 4ª.Ed. Havana: Editorial Ciências Médicas Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2002.

IBGE. informação sobre as cidades Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431700&search=rio-grande-do-sul|santana-da-boa-vista>. Acesso em: 27 set. de 2014.

LOGO, D. **Medicina Interna de Harrison**. 18ª. Ed. Mcgraw-hill, Brasil, 2013.

RODRIGUES, D.; BRITO, D.; SOUSA, N.; RUFINO, T.; CARVALHO, T. **Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.15, n.3, p.277-286, 2011.

SBC, **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 95(1): 1-51, 2010.

SBD, **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Brasília, Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007.

SIAB. **Informações Estatísticas**. Disponível em: www.siab.datasus.gov.br. Acesso em: 27 set. de 2014.

VARELLA, D. **Clínica Geral: Hipertensão.** Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/hipertensao/hipertensao>>. Acesso em: 27 set. de 2014.

WHO Diabetes action now. An initiative of the World Health organization and the International Diabetes Federation. Geneva, WHO, 2014.

WHO. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. WHO.Geneve, World Health Organization: 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 Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D. Planilha de Coleta de Dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
105	102																		
106	103																		
107	104																		
108	105																		
109	106																		
110	107																		
111	108																		
112	109																		
113	110																		
114	111																		
115	112																		
116	113																		
117	114																		
118	115																		
119	116																		
120	117																		
121	118																		
122	119																		
123	120																		
124	121																		
125	122																		
126	123																		
127	124																		
128	125																		
129	126																		
130	127																		
131	128																		
132	129																		
133	130																		
134	131																		
135	132																		
136	133																		

Anexo E: Atividade com grupo de hipertensos e diabeticos na Serra dos Vargas.



Anexo F- Divulgação do projeto de intervenção de HAS e DM na comunidade.



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

Eu, Dania Rojas González, médica 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.

_____Dania_____

Nome

Contato:DANIA ROJAS GONZALEZ

Telefone: (53)81228972

Endereço Eletrônico:daniarojasgonzalez@yahoo.es

Endereço físico da UBS: Padre Ramão Fuente Mayor, 176, Centro .Santana Da Boa Vista . Rio Grande do Sul. Brasil.

Endereço de e-mail do orientador: terius8@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Dania Rojas Gonzalez, Documento: V972692-Q declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

_____Dania_____

Assinatura do declarante