

Universidade Aberta do SUS – UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes na
Estratégia de Saúde da Família Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí–**

PI

Georkis Martinez Garcia

Pelotas, 2015

Georkis Martinez Garcia

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes na
Estratégia de Saúde da Família Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí–
PI**

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

Orientador (a): Francieli Cristina Sponchiado

Pelotas, 2015

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

M385m Martinez Garcia, Georkis

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes na Estratégia de Saúde da Família Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí- PI / Georkis Martinez Garcia; Francieli Cristina Sponchiado, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

103 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. Sponchiado, Francieli Cristina,
orient. II. Título

CDD 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha família e meus colegas de trabalho pela ajuda e o tempo que não pude dedicar-lhes com a realização desse trabalho.

Agradecimentos

Á Deus,

Por conceder-me saúde e sabedoria para desenvolver este projeto.

A Francieli Cristina Sponchiado,

Pela orientação oferecida, pelo compromisso, diálogo e profissionalismo, pela dedicação e persistência.

Aos gestores de saúde do município Cristalândia do Piauí,

Pela ajuda oferecida na execução deste projeto.

Resumo

GARCIA, Georkis Martinez. **Melhoria da atenção à saúde de Usuários com hipertensão e/ou Diabetes na Estratégia de Saúde da Família Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí- PI. 99f.** Ano. 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, Ano 2015.

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise⁽²⁾. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial⁽¹⁾.

Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) da Equipe de Saúde da Família (ESF) Euvenice Alves Batista, do município de Cristalândia do Piauí/PI. A população alvo foi composta por todos os usuários com hipertensão e diabetes maiores de 18 anos de idade, pertencentes à área de abrangência da ESF. Durante as 12 semanas de intervenção, ocorreram atividades em que se visou melhorar a cobertura dos usuários com hipertensão e diabetes, realizando ações nos respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foi possível melhorar a cobertura de atenção para 43,2% dos usuários com hipertensão e 37% para os diabetes, tendo em vista que cadastramos 142 Usuários com hipertensão e 30 com diabetes. Em relação ao exame clínico, exames complementares, estratificação do risco cardiovascular e prescrição de medicamentos da farmácia popular, foi possível ofertar a 100% dos usuários com hipertensão e 100% com diabetes. Para todos os faltosos foi realizada a busca ativa pela equipe. Também foram realizadas ações de promoção e prevenção da saúde, com orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal para todos os usuários que participaram da intervenção. A partir do trabalho desenvolvido, foi possível melhorar a qualidade de vida dos portadores de HAS e DM. A equipe recebeu capacitações sobre o protocolo de hipertensão e/ou diabetes, objetivando o rastreamento, tratamento e monitoramento dos usuários com hipertensão e diabetes desde o acolhimento até a total organização do trabalho. A comunidade se encontra mais sensibilizada para com a importância deste cuidado, bem como houve um fortalecimento do vínculo entre a equipe e a comunidade, hoje os usuários acompanhados no programa e seus familiares tem acesso a um serviço com mais qualidade propiciando melhor qualidade de vida. Destaca-se a importância da continuidade destas ações na UBS, para assim ampliar intervenções como estas em outras ações programáticas.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.	60
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí /PI. 2015.	61
Figura 3	Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.	62
Figura 4	Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.	63
Figura 5	Proporção de HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.	64
Figura 6	Proporção de usuários com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.	65
Figura 7	Proporção de HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.	66
Figura 8	Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.	67
Figura 9	Proporções de HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.	68
Figura 10	Proporções com usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.	69
Figura 11	Proporção de HAS faltosos as consultas com busca ativa na	70

ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015.

- Figura 12 Proporção de Usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 71
- Figura 13 Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 72
- Figura 14 Proporção de Usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 73
- Figura 15 Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 74
- Figura 16 Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 75
- Figura 17 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 76
- Figura 18 Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 77
- Figura 19 Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 78
- Figura 20 Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 79
- Figura 21 Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 80

Figura 22 Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 80

Figura 23 Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. 2015. 81

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Apoio a Saúde Psicológica
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PI	Piauí
SAMU	Sistema de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1	Análise Situacional	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	12
1.2	Relatório da Análise Situacional	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .	22
2	Análise Estratégica	24
2.1	Justificativa	24
2.2	Objetivos e metas.....	26
2.2.1	Objetivo geral	26
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	27
2.3	Metodologia.....	29
2.3.1	Detalhamento das ações.....	29
2.3.2	Indicadores	29
2.3.3	Logística.....	44
3	Relatório da Intervenção.....	56
3.1	Ações previstas e desenvolvidas.....	56
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	59
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	59
4	Avaliação da intervenção	61
4.1	Resultados.....	61
4.2	Discussão	61
5	Relatório da intervenção para gestores	89
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	92
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	95
	Referências	97
	Anexos	108

Apresentação

Este volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade Ensino à Distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas UNASUS/UFPEL, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção que teve como objetivo geral, a melhoria da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI. O volume está organizado em cinco unidades: Capítulo 1 - Análise Situacional: texto escrito na unidade 1 do curso, cujo qual foi abordado à situação do serviço de saúde, no qual foi realizado o reconhecimento do território através da estrutura, processo e resultados, que possibilitou a realização do diagnóstico situacional da UBS. Capítulo 2 - Análise Estratégica: teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção, conforme os problemas detectados nas ações programáticas, permitindo a definição do foco de intervenção, baseando como princípios fundamentais no protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde (2013) e o Manual Técnico de HAS e DM do Ministério da Saúde (2013). Capítulo 3 - Avaliação da intervenção: refere-se ao relatório de intervenção realizado, que contempla todas as ações previstas e desenvolvidas no período de 12 semanas, iniciada no dia 06 de abril e finalizada no dia 25 de junho do ano de 2015. A coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço, assim como, traçar um panorama da prática da intervenção na unidade. Capítulo 4 - Avaliação dos resultados da intervenção: apresentam-se os resultados da intervenção, além da discussão e o relatório da intervenção para a comunidade e gestores do município. Capítulo 5 - Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: abordando os principais aspectos sobre o processo de aprendizagem e reflexão sobre o curso. Finalizando o volume, estão os apêndices e anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Cristalândia no Piauí possui uma População de 7.900 habitantes. Seu sistema da saúde é composto de um hospital municipal e a Unidade Básica da Saúde “Francisca Fabricio Luzeiro”, que conta com quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF), trabalhamos três médicos do programa no atendimento. Eu atuo na ESF Euvenice Alves Batista que tem uma população estimada em 2.700 habitantes. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma Técnica de Enfermagem, um Dentista, uma Auxiliar de Consultório Dentário e 06 Agentes Comunitários de Saúde.

Contamos com o apoio de uma Equipe de Assistência Social além de outros profissionais que integram-se a equipe sempre que houver necessidade. A UBS possui uma estrutura adaptada, mas conta com um consultório medico um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de recepção, uma sala para curativos e demais procedimentos, banheiros e uma cozinha.

Acredito que a UBS apresenta boas condições estruturais e organizacionais para realizarmos um bom trabalho, no entanto estamos trabalhando na organização dos serviços para facilitar o acesso dos usuários ao serviço da saúde.

Em nossa dia a dia, a técnica de enfermagem recebe os usuários, organiza os prontuários, verifica o peso, altura e a pressão arterial dos usuários antes de passarem para a consulta, em seguida eles são encaminhados para avaliação com o médico ou com o dentista de acordo com a procura. Os usuários recebem os medicamentos na própria UBS

Na segunda e quarta feira realiza consulta na UBS, nas terças feiras pela parte da manhã eu atendo crianças e pela parte da tarde gestante, nas quintas feiras atendo livre demanda pela manha e nas tardes realizamos visitas domiciliares agendadas. As Visitas são realizadas junto com os ACS considerando as necessidades de saúde e condições sanitárias dos usuários e suas famílias, nas sextas feiras não realizo atendimento na UBS, pois realizo o curso de especialização.

Ainda não foi possível efetivar a reunião da equipe para avaliar o trabalho e desenvolver estratégias para a solução dos problemas da nossa área, como estabelece o programa da atenção básica, mas espero que num futuro próximo possamos unir forças enquanto equipe juntamente com a comunidade de Tabocal para juntos buscarmos soluções para os problemas de saúde da comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Cristalândia do Piauí é o município brasileiro mais ao sul do estado do Piauí. Possui uma área de 1.203 km² e uma população estimada em 7.973 habitantes, segundo dados do ultimo censo (IBGE, 2010). O município dispõe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, situada na cabeceira municipal, e quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo que duas prestam atendimento na zona urbana e duas na zona rural, a nossa tem sua área de abrangência no interior do município. O município dispõe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que está localizado junto a UBS tradicional, possui uma equipe composta por: psicólogo, fonoaudióloga, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social entre outros. A UBS possui disponibilidade de exames laboratoriais, estes são coletados na própria UBS, dispõe também de atendimentos de urgências, reabilitação física, farmácia, serviço de odontologia e serviços cirúrgicos. O município dispõe de um hospital com serviço de emergência 24 horas, um Centro de Referencia em Assistência Social (CRAS). Atualmente esta em fase de construção o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Nas sextas férias o município dispõe de serviço de cirurgia geral e intervenções cirúrgicas eletivas. Não possui consultas com outras especialidades, porém os usuários que necessitam são encaminhados para o município vizinho (Correntes) ou para o hospital regional mais

próximo situado em Bom Jesus. As especialidades e exames mais complexos são referenciados para a capital do estado (Teresina).

A UBS está vinculada ao SUS e nela atuam: três médicos do Programa Mais Médicos, dois médicos cirurgiões gerais, um Educador Físico, três Enfermeiros, um Fonoaudiólogo, dois Motoristas, um Nutricionista, dois Cirurgiões dentistas, um Psicólogos e três Técnicos de Enfermagem. Estes profissionais também integram o NASF e CEO. Esta UBS conta com quatro ESF, dois que prestam serviços na cidade e dois na zona rural, a nossa é uma das que tem a área de abrangência no interior do município, seu nome é ESF Euvenice Alves Batista, e brinda atendimento nas comunidades mais distantes do município. Minha equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e uma técnica de saúde bucal (TSB). Realizamos atendimento dois dias na cidade e dois dias no interior. O primeiro dia de trabalho no interior as consultas são no posto de saúde de Tabocal e o segundo dia atividades coletivas nas escolas e assentamentos populacionais, enfim na comunidade.

A estrutura física da UBS é complexa, pois os serviços são distribuídos em dois espaços. Um é antigo, antigo hospital e que foi adaptado para ser uma UBS e outro é novo construído para comportar uma UBS tradicional, os dois são vinculados ao SUS e funcionam como complemento um do outro. A ESF dois, a qual atuo, utiliza a estrutura antiga que atualmente conta com três consultórios, dois para médicos e um para a enfermagem. Sala de intervenções cirúrgicas, um ambiente específico para recepção/arquivo de prontuários, uma área de recepção para 16 usuários, uma sala de curativo e procedimentos, um espaço de nebulização, sala para Farmácia e um local para armazenamento de medicamentos, um laboratório, uma Copa/cozinha, um depósito para material de limpeza, uma sala para recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização e estocagem de material, abrigo para resíduos sólidos e depósito para o lixo não contaminado. Não possui sala de vacina, atendimento odontológico, sala de reuniões e sala para educação popular, estas atividades são feitas na estrutura nova que cumpre com o preconizado pelo “Manual da Estrutura da UBS do Ministério da Saúde”. Assim, os usuários são atendidos nos dois locais, embora no antigo persistam necessidades e limitações, como barreiras arquitetônicas, bem como o transtorno de terem que receber o cuidado em duas estruturas distintas em diferentes condições estruturais e de equipamentos. Mas esta situação já está sendo analisada e está sendo discutida

a possibilidade de ampliação e reforma da estrutura existente a fim de contemplar a estrutura preconizada.

Diante desta limitação a equipe procura ofertar o cuidado da melhor forma possível, tentando minimizar as dificuldades para os usuários. Nos dias de atendimento no interior são utilizados os colégios dos assentamentos populacionais, e, portanto não existe nenhuma privacidade para o exame físico, muito menos para desenvolver um correto acompanhamento dos usuários em consonância com os protocolos de atendimento do Ministério de Saúde. Os atendimentos acontecem em sua grande maioria por livre demanda.

O outro local para atendimento é o posto de saúde de Tabocal, onde são feitas as consultas nas terças feiras. Este local conta com um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de recepção e para realizar curativos, uma farmácia, copa/cozinha, dois banheiros para usuários um masculino e outro feminino e um banheiro para funcionários. Os materiais necessários para os atendimentos como medicamentos, materiais estéreis, gases, soro, produtos de limpeza, entre outros, são fornecidos desde a cidade. Entretanto alguns atendimentos mais complexos são referenciados para a cidade de Cristalândia, pois possui serviços de atendimento mais específicos. Uma estratégia que visa suprir estas carências é a construção da nova estrutura com as recomendações do Ministério da Saúde, desta forma muitas das dificuldade evidenciadas serão supridas. No entanto, mesmo solucionando a questão da estrutura continuam os problemas no acesso, pois o local onde está sendo construída esta unidade fica longe de algumas comunidades situadas na área de abrangência, e para os usuários é mais fácil e econômico viajar até a cidade para receber atendimento, mesmo sabendo que tem garantia de atendimento muitos optam pela cidade. Isso dificulta o acompanhamento por parte da equipe. Uma estratégia que visa solucionar esta dificuldade e que vem sendo adotada pela equipe é a adoção de prontuários, pois permitem registrar as consultas e cadastrar a população em cada localidade. Todas estas informações são digitadas e enviadas até a UBS onde são processadas e permitem uma avaliação e planejamento das ações a serem desenvolvidas no final de cada mês.

Em relação às atribuições das equipes, é possível visualizar conforme exposto anteriormente o quão difícil é o planejamento das consultas e visitas domiciliares, tendo em vista que a UBS não possui prontuários, assim as consulta se

restringem a atendimento por demanda espontânea. Uma estratégia proposta foi levar o atendimento até as comunidades, mas as condições dos locais adaptados (escolas) não permitem um correto exame físico, nem o acompanhamento adequado dos principais programas do SUS. Para minimizar estas dificuldades, está sendo implantado um sistema de consultas programadas, por meio de diagnóstico e estratificação dos riscos. Os atendimentos acontecem da seguinte maneira, na primeira segunda feira do mês pela parte da manhã os atendimentos são para as gestantes e a tarde para Usuários com hipertensão e Diabetes. Na terça-feira o atendimento é em Tabocal com consultas e procedimentos, na quarta-feira o atendimento é para as crianças o dia todo, na quinta-feira as consultas são realizadas nas escolas do interior, para isto é utilizado a própria estrutura das escolas, inicia sempre com uma ação coletiva de educação popular. Nas segundas-feiras a equipe atende a demanda espontânea pela manhã e exame preventivo de câncer de colo de útero à tarde, na terceira segunda-feira idosos e a quarta segunda-feira do mês pré-natal e puerpério.

É válido ressaltar que nestes dias em que há atendimento específico a demanda espontânea é atendida, bem como é reservado um dia de cada semana para as vistas domiciliares e uma manhã ao mês para um espaço de educação popular específico. Diante disso é possível perceber que dentro das condições existentes a equipe procura desempenhar suas atribuições nos mais diversos programas de saúde.

A área de abrangência da ESF possui uma população estimada de 2.164 habitantes de acordo com dados do IBGE 2013. Essa população está distribuída em 550 famílias cadastradas. Na população há um leve predomínio de homens (1.189) do que mulheres (975). Na sua pirâmide de acordo as faixas etárias predominam as pessoas entre 20 e 29 anos, com predomínio de jovens, o que não coincide com a realidade do Brasil que já mostra estigmas de envelhecimento da sua população em geral. Porém as faixas mostram uma tendência a alterações em curto prazo. A ESF é suficiente para o numero de pessoas cadastradas, no entanto o problema esta na distancia e/ou área de locação dos assentamentos, e suas condições econômicas. Mas agora com os agendamentos nas consultas e estratificação de risco está tendo menos atendimentos por demanda espontânea, e melhor qualidade dos serviços.

Em relação à atenção à demanda espontânea na realidade não existe excesso, embora esta ainda seja a principal fonte de consultas. No entanto esta

situação tende a melhorar com a organização da equipe para atendimentos programados agendados por grupos populacionais e por critérios de riscos. Todos que buscam o serviço são acolhidos pela equipe, em todos os turnos e dias da semana. No entanto existe um número reduzido de usuários da área que ficam em casa fazendo uso de remédios caseiros, outros viajam às comunidades mais próximas, pelo fato de o município de Cristalândia ficar na divisa do estado de Piauí com Bahia muitos buscam atendimentos nos municípios de divisa. Mas acredita-se que com as novas instalações mais próximas das comunidades esta dificuldade tende a minimizar.

No que tange o programa de Puericultura, atualmente a ESF conta com 32 crianças de 0 a 72 meses acompanhadas segundo os dados dos ACS, o seja um 47% de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP). Para este cuidado é seguido o Protocolo de Saúde da Criança do ministério da Saúde ano 2013. Isto é possível por meio de agendamento das consultas de puericultura, feitas na quarta-feira de cada semana. Porém aquelas crianças com necessidade de saúde sem consulta agendada são atendidas em qualquer turno ou dia. As crianças tem seu cuidado priorizado pela equipe. Todos os integrantes da ESF são envolvidos nestas consultas trabalhando em equipe. É realizado imunizações, atendimento de doenças agudas, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, promoção de saúde bucal, prevenção da violência, identificação de problemas de saúde mental, segundo a recomendação do protocolo do Ministério de Saúde. Para o registro das informações foi criado pela equipe um documento específico e que é utilizado pela equipe durante os atendimentos, isto facilita o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no programa, que até então não eram desenvolvidas, também não existe profissional responsável por esta atividade. Desta forma será elencado juntamente com a equipe um profissional que será responsável pelo monitoramento e avaliação do programa. No que tange a educação em saúde para esta população, não existe grupo específico de puericultura, no entanto, nas quintas-feiras nas escolas do interior são discutidos temas relacionados ao programa, existe a participação de alguns pais e ou responsáveis, de crianças e professores, no entanto é possível evidenciar grande resistência da comunidade em participar de tais ações. Diante disso faz-se necessário intensificar as ações de sensibilização da comunidade para a importância de participarem das ações coletivas.

O programa da atenção ao pré-natal e puerpério conta com ações integradas e coordenadas que garantem uma atenção de qualidade durante a gestação. A equipe da cobertura dum 46% das gestantes e 19% das puérperas estimadas para a área de abrangência segundo CAP. Utiliza como guia os cadernos de atenção ao pré-natal de baixo e alto risco do Ministério de Saúde na sua quinta edição. A equipe realiza o planejamento, monitoramento e avaliação das consultas e utiliza uma ficha de registro específica para o programa. Os atendimentos são feitos dois dias no mês no turno da manhã, segundo agendamento de consultas pela idade gestacional. Em cada consulta há o envolvimento de todos os profissionais da equipe para garantir um atendimento com qualidade, desde a entrevista, exame físico, exames laboratoriais, tratamento de doenças agudas, prevenção de anemia, vacinação, promoção de saúde bucal, promoção de aleitamento materno, avaliação dos riscos e encaminhamento para atendimentos especializados nos casos que necessitar, assim como o transporte e atendimento na hora do parto, o qual são referenciados para o Hospital de Correntes.

Atualmente existe um grupo de gestantes que acontece uma vez por mês, neste grupo também participam as puérperas, são desenvolvidas palestras e oficinas sobre aleitamento materno, cuidados na gestação, controle do tabagismo e alcoolismo, entre outros temas de promoção e prevenção para a saúde. O puerpério é seguido em conjunto ao programa pré-natal, sendo as consultas realizadas na terça-feira de cada semana, mas como são poucas gestantes e puérperas, ao final de cada semana são agendadas as consultas para as mulheres que ganham bebê nesses dias. Tanto as gestantes como as puérperas faltosas as consultas são buscadas e agendadas pelo ASC correspondente.

A Prevenção do Câncer de Colo de Útero mostra uma cobertura de 36% e o Controle do Câncer de Mama dum 46% segundo CAP. As ações neste sentido são planejadas, registradas e monitoradas, segundo caderno de atenção básica do Ministério da Saúde para o controle dos câncer do colo de útero e da mama, segunda edição 2013. Inicialmente é realizado a investigação de risco nas mulheres na faixa etária preconizada pelo programa durante os atendimentos, estas já são orientadas quanto a realização do exame do colo do útero e mamografia. Nos casos em que é detectado alteração no colo ou na mama, estas mulheres são vistas e avaliadas pelo medico afim de priorizar o tratamento e propiciar o seguimento do cuidado. A enfermagem é responsável pelas coletas de exame do colo do útero e

registro dos resultados. A ESF não dispõe de uma ficha espelho específica para os registros do programa, as informações a respeito do exame de colo do útero são registradas num livro pela enfermeira que realiza a coleta dos exames, já para a mamografia nenhum registro está disponível. As ações de educação em saúde são programadas ao menos uma vez por mês. As ações de educação em saúde são programadas ao menos uma vez por mês.

A avaliação do programa é feita pelos integrantes da ESF com periodicidade mensal, neste momento é observado alterações nos exames, fatores de riscos, atrasos nas consultas e exames. Durante os atendimentos e também na comunidade, para todas as mulheres são realizadas orientações quanto a prevenção, promoção do auto exame da mama, informação sobre sinais de alertas para o câncer de colo e mama.. Também são desenvolvidas atividades para o controle do peso corporal, eliminar o consumo de álcool, promover a pratica de exercícios físicos, importância da mamografia cada dois anos, entre outras. A ESF dispõe de acesso aos tratamentos de vaginoses bacterianas e demais agravos associados a alterações no exame do colo do útero. Como o município não dispõe de tecnologia para a realização de mamografia, este serviço é referenciado para a capital Teresina. O mesmo acontece para as mulheres identificadas com alterações e que necessitam de acompanhamento de média e alta complexidade, como o município não dispõe de especialidades, as mulheres são referenciadas para Bom Jesus, algumas optam por realizar o tratamento na rede particular em municípios vizinhos. Em alguns casos o município assegura transporte para elas, mas na maioria das vezes só fornece a diária para elas se deslocarem até as referências. Evidencia-se a necessidade de inúmeras melhorias neste programa visando atingir resultados de qualidade, desde a educação e promoção de saúde até o oferecimento na sub-região dos serviços de diagnóstico, para um melhor acesso.

Com relação ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM), embora as ações para o controle e acompanhamento destes usuários para tais patologias seja uma das prioridades estabelecidas no programa nacional, este cuidado não está organizado pela ESF, já que a mesma não dispõe de protocolos assistenciais específicos para este cuidado, os atendimentos são feitos em sua grande maioria em caráter de urgências ou quando já existem complicações ou sequelas associadas à doença. Não existe registro adequado das informações nem cadastros dos usuários no programa. Ainda

no início da especialização, foi evidenciado a necessidade de se pensar estratégias de intervenção para esta população alvo, diante disto os profissionais da equipe planejaram consultas para os usuários identificados em uma determinada área, os resultados foram muito positivos tanto no que tange a valorização profissional quanto para a autoestima dos usuários. Atualmente a ESF possui identificados 112 Usuários com hipertensão, para uma estimativa segundo CAP de 432, com cobertura de 26% e 18 Diabetes cadastrados, para uma estimativa de 124, com uma cobertura de 15%.

A UBS oferta o cuidado a esta população um dia por semana, no turno da manhã. Os usuários são vistos em consultas agendadas onde recebem avaliação quanto ao risco, é solicitado exames de rotina e que são coletados e feitos em consulta, é realizado a promoção e atendimento da saúde bucal, controle do peso corporal, consultas e orientações nutricionais, orientação sobre prática de atividade física regular. No caso dos usuários com hipertensão iniciou-se a avaliação de risco cardiovascular e tratamento de co-morbidades. Para os usuários com diabetes se prioriza o exame físico e avaliação de possíveis complicações ocasionados à doença. No entanto, na equipe não há disponibilidade de exame de glicemia capilar, no entanto isto já foi reivindicado pela equipe a fim de facilitar o acesso desta população para o controle e diagnóstico de tal patologia. Os dois grupos tem espaço mensal para rodas de conversas e orientações sobre sua doença em torno aos aspectos da educação em saúde, os que são feitos na cidade. Mesmo que este cuidado esteja sendo aos poucos organizado, sabe-se que a cobertura dos usuários com tais patologias está muito baixa, neste sentido faz-se necessário estar discutindo com a equipe novas estratégias para ampliar o cuidado a todos os usuários da área de abrangência, bem como pensar a possibilidade de adotar um protocolo específico para guiar este cuidado e fichas de registros que permitam o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no programa.

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. O retrato e o crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos, (CAB 19/2006)

Quando realizado o preenchimento dos questionários da semana correspondente a este grupo populacional foi possível evidenciar que a ESF não dispunha de um registro específico para o controle e acompanhamento dos idosos. Os dados são preenchidos no prontuário de atendimento e não existe um planejamento das ações ofertadas. Existe o livro de registro das famílias onde encontra-se o número de idosos existente na área, mas não existe registro da qualidade com que são atendidas essas pessoas. Por meio dos registros existentes na UBS não foi possível preencher o Caderno de Ações Programáticas para este grupo populacional, sendo a sua cobertura de 44%.

Por outro lado a cobertura limita-se ao atendimento das doenças agudas desta população sem ter em conta os riscos presentes nestas pessoas. Também não existe consciência das vantagens da prevenção de doenças e promoção de estilos de vida saudáveis. Além de que a maioria das pessoas idosas com doenças crônicas da área de abrangência procuram seu primeiro atendimento nas cidades mais próximas de sua residência e com maior desenvolvimento tecnológico, como Bahia e Brasília, logo só procuram a UBS para as consultas de renovação das receitas médicas. Na maioria dos casos na ausência de sintomas julgam o atendimento desnecessário e também por apresentarem dificuldades socioeconômicas e dificuldade de acesso até a UBS dificilmente buscam atendimento. Faz-se necessário intensificar as ações de educação e promoção para a saúde junto a esta população, pensar estratégias que visem a qualidade dos registros, adoção de protocolos para guiar este cuidado, organizar grupos e rodas de conversas para trabalhar a saúde do idoso, entre outras ações como organizar o cuidado na UBS a fim de cuidar do idoso em sua integralidade. E isto já está sendo analisado, pois por meio da análise situacional, foi possível instigar na equipe e na gestão o quanto importante é este cuidado, muitas ações já estão sendo planejadas tendo em vista que os idosos mesmo não compreendendo o maior grupo populacional da área, apresentam maiores vulnerabilidades às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Vem sendo desenvolvidas ações como atendimento programado aliado a livre demanda, visitas domiciliares, avaliação de idosos e situações de risco social, prevenção e tratamento de doenças agudas, monitoramento da efetividade e uso

das medicações, avaliação da saúde mental, avaliação da saúde bucal e educação em saúde.

Estas são algumas das atividades previstas no caderno de atenção básica para atenção as pessoas idosas do Ministério de Saúde, que são desenvolvidas pela ESF para este grupo populacional, com uma estimativa de 230 idosos, são acompanhadas 102, o seja, 44% de cobertura. Faz-se necessário continuar as atividades de sensibilização junto a comunidade para a importância deste cuidado, bem como a divulgação das ações que a equipe vem desenvolvendo afim de ampliar a adesão as ações ofertadas.

Por fim é possível destacar que o principal desafio enfrentado e que surgiu durante a realização desta análise situacional e elaboração deste relatório está relacionado aos processos de trabalho desenvolvidos pela equipe, seguido de carências estruturais e que dificultam o desenvolvimento de muitas atividades, bem como a sua qualidade, dificuldades de acesso e barreiras arquitetônicas. No entanto foi possível visualizar a boa vontade de todos os profissionais da equipe em estar fazendo a diferença, se apropriando das ferramentas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio dos protocolos possibilitando organizar trabalho ofertado para muitos grupos populacionais, buscando a sensibilização das pessoas para que perseverem em prol de mudanças no seu estilo de vida propiciando mais qualidade de vida. Ainda precisa melhorar muito, em especial no que tange os processos de sensibilização para a educação em saúde da população.

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

Realizando um comparativo da análise situacional realizada na segunda semana de ambientação e do texto desenvolvido neste relatório, é possível evidenciar que ao longo do curso o conhecimento foi construído por meio de ferramentas de trabalho que foram apresentadas, sendo elas os questionários, cadernos de ação programática e protocolos assistenciais do Ministério da Saúde para cada grupo populacional e que possibilitaram uma análise de como o cuidado vinha sendo desenvolvido pela equipe e qual era a real situação de saúde da população. Porém o que considero mais importante foi a possibilidade de ver durante o curso como algumas práticas puderam ser modificadas reconstruídas com

o auxílio dos profissionais. Agora o importante é continuar pondo em prática todo o conhecimento adquirido visando melhorar a qualidade dos serviços prestados e conseqüentemente modificar a situação de saúde da população.

Em fim, observamos que mudamos muitos aspectos importantes no trabalho na UBS durante este período, buscando boa aceitação da comunidade, acolhimento humanizado da equipe de saúde, agendamento de consultas, eliminação de excesso de demanda espontânea, realização de visitas domiciliares com qualidade, trabalho de promoção e educação em saúde com a comunidade, identificação de grupos de riscos e controle dos mesmos, sistematização das consultas médicas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Os profissionais que compõem as redes básicas de saúde têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. (BRASIL, 2006).

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal

crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

A UBS Fabricia Francisco Luzeiro está situada no município de Cristalândia do Piauí, nela integram-se 4 ESF. Na sua estrutura, possui 3 salas para atendimento ambulatorio, uma sala de vacina, farmácia, materiais e equipamentos necessários para o atendimento pelos profissionais. Conta com a estrutura e os equipamentos para o cuidado desses usuários, tais como esfigmomanômetro, glicosímetro, balança, sala para grupos de educação em saúde e medicamentos do programa de usuários com hipertensão e diabetes. No entanto, não possui um programa estruturado para o atendimento de usuários com hipertensão e diabetes, pois embora estejam cadastrados, só são vistos segundo a demanda espontânea. Eu atuo como Médico do Programa Mais Médicos na ESF Euvenice Alves Batista, além de mim, a equipe é formada por uma Enfermeira, um Cirurgião Dentista, uma Técnica de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde. A equipe também realiza atendimento duas vezes na semana em Tabocal, área do interior para facilitar o acesso da população que reside na área rural e que pertence a área adstrita, possui uma população de 2.164 habitantes de acordo com o ultimo levantamento realizado no mapeamento da área. Além dos profissionais da equipe, contamos com o apoio de outros profissionais, integrantes do NASF que desenvolvem atividades em relação à atividade física, conselho nutricional, reabilitação física, atendimento psicológico, etc.

A população alvo da intervenção compreenderá os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Méllitus da área de abrangência da ESF. Atualmente a ESF possui identificados 112 usuários com hipertensão, duma estimativa segundo CAP de 432, com cobertura de 26% e 18 usuários com diabetes cadastrados, duma estimativa de 124, com uma cobertura de 15%. E mesmo estando cadastrados no programa não existe um acompanhamento adequado pela equipe. Os atendimentos são por meio de livre demanda, sem agendamento prévio, não existe uma ficha especifica para realização do cadastro dos usuários, as informações são registradas em prontuários utilizados pela equipe, também não se tem controle da avaliação de risco nem atendimento de saúde bucal. Os exames não são prescritos com a periodicidade preconizada, atualmente não é realizado avaliação e monitoramento das ações ofertadas pela equipe. Existe uma reunião com o grupo de usuários com hipertensão e diabetes que acontece com periodicidade mensal, ele é feito na própria UBS por não haver outro espaço físico para a sua realização, serve como

um momento de troca de informações entre os participantes. Atualmente a enfermagem é responsável pela organização do grupo, sempre que possível, os demais integrantes da equipe e os profissionais do NASF também participam. São integrantes do grupo usuários portadores de HAS e DM que se disponibilizam em participar, o convite é feito pelos ACS durante as visitas domiciliares, no momento mesmo tendo boa adesão por parte dos participantes, a cobertura é baixa, pois o grupo contempla apenas uma pequena parcela da população.

Diante disso, esta intervenção se faz necessária, pois visa elaborar estratégias individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção ofertada para os usuários portadores de HAS e DM, afim reduzir os danos ocasionados por estas patologias, propiciar um cuidado integral e resolutivo para esta população, bem como trabalhar a sensibilização junto a comunidade quanto as medidas preventivas. Pretende-se com a intervenção ampliar o cuidado para 60% dos portadores de HAS e 70% dos portadores de DM no período de 3 meses. Identifica-se como principal dificuldade o desconhecimento da equipe sobre as estratégias do Ministério da Saúde para o cuidado destes usuários, mas isto será superado com os treinamentos que serão realizados junto a equipe e ACS.

A intervenção é viabilizada pelo trabalho que vem sendo desenvolvido, por meio do comprometimento da equipe multiprofissional, trabalhando incansavelmente no fortalecimento do vínculo com a comunidade adstrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Diante disso, busca-se com esta intervenção a organização do serviço ofertado, a priorização deste cuidado, a sensibilização da população alvo e comunidade em geral quanto a importância da intervenção, de modificação de estilos de vida, tentando reduzir a exposição coletiva aos riscos e danos causados pela HAS e DM, por meio de uma abordagem integral na atenção básica à saúde, visando o grande desafio que é reduzir a carga do impacto social e econômico decorrentes do contínuo crescimento de ambas as patologias e promover qualidade de vida e saúde para a comunidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção a portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Méli-tus na Estratégia de Saúde da Família Euvenice Alves Batista, município de Cristalândia do Piauí/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de usuários com hipertensãousuários com hipertensão e/ou diabetes.

Metas1: Cadastrar 60% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabetes 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 usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Meta 5: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes cadastrados.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo - 4 Melhorar o registro das informações.

Metas 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo - 5 Mapear usuários com hipertensão usuários com hipertensão e diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes.

Metas 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Meta 23: Garantir orientação_sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 24: Garantir orientação_sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

2.3 Metodologia

Esta intervenção será desenvolvida com os usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da unidade. Para guiar o cuidado será adotado o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Méllitus do Ministério da Saúde, 2013. A intervenção terá a duração de três meses.

2.3.1 Detalhamento das ações

Detalhamento das Ações necessárias para o alcance das metas nos quatro eixos:

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1: Cadastrar 60% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial;

Meta 2: Cadastrar 60 % dos usuários com Diabetes Mellitus que participam do projeto.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus que participam do projeto: O monitoramento será feito por meio de uma avaliação semanal das fichas dos usuários que participam do projeto pelos Agentes Comunitários de Saúde, médico e a enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto: O sistema de registro será a ficha de acompanhamento do hipertenso e diabético do Programa , o prontuário clínico e um registro específico baseado nas informações do SIAB. A ficha e cadastro e acompanhamento será atualizada no dia do atendimento pela recepcionista, pelo profissional que realizar o atendimento e será revisada pela enfermeira ao final de cada jornada de atendimento.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM que participam do projeto: Todos os usuários portadores de HAS e DM que buscarem o serviço terão suas queixas ouvidas pelos profissionais da equipe. Além disso, a UBS ofertará um dia por semana, no turno da manhã consultas agendadas. Nesse dia o médico e a enfermagem realizarão atividades de promoção à saúde nos primeiros minutos da jornada de atendimento, logo a enfermeira organizará os usuários segundo classificação de risco para a consulta.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicômetro na unidade de saúde. Garantir a calibração dos equipamentos pelo INMETRO: para isto será enviado ofício ao gestor de Saúde pela técnica de enfermagem especificando as necessidades de equipamentos para garantir as mensurações nos programas e a calibração dos mesmos. O ofício será enviado antes do início da intervenção.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: a comunidade será informada pela radio local sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Os ACS informarão diretamente às famílias nas visitas domiciliares. Os profissionais orientarão durante os atendimentos. Isso será feito integralmente no início da intervenção e após com os usuários novos e os faltosos a consulta.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente: Realizar palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos usuários. Enviar ofício ao gestor pela enfermeira da equipe para a elaboração de folders e cartazes para a educação em saúde da população.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg: será ofertado um espaço de 10 minutos na UBS ao início de cada jornada de atendimento onde o médico, a enfermeira e os demais profissionais da UBS realizarão conversas e trocas de informações com os usuários e familiares em relação à HAS e DM. Os ACS farão a replica dessas atividades nas visitas domiciliares. Os temas abordados serão

referentes a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS nas para o cadastramento de usuários com hipertensão e diabetes que participam do projeto de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como os principais fatores de risco e a clínica das duas doenças: Será abordado de forma integral os conteúdos dos CAB no. 36 e 37 do Ministério da Saúde 2013, para a atenção a usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica junto aos profissionais da equipe. O treinamento terá uma duração de 10 horas teóricas distribuídas em quatro encontros e 80 horas de atividades praticas e autopreparação. Os quatro encontros teóricos serão realizados de segunda a quinta feira da primeira semana de desenvolvimento do projeto, nas jornadas da tarde, na sala de palestras da UBS. Os palestrantes principais serão o medico e a enfermeira, mas também serão convidados outros profissionais da ESF e do NASF, como a Assistente Social, isto será feito de acordo com os assuntos a serem abordados. O medico e o gestor do SIAB fornecerão aula para capacitar à equipe no cadastramento de usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da unidade de saúde. Em seguida se realizarão atividades de capacitação junto aos ACS durante uma jornada de visita na comunidade.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar à equipe no uso adequado do glicômetro. O médico e a enfermeira treinarão as técnicas de enfermagem no inicio da intervenção quanto a técnica correta de verificação da Pressão arterial e verificação da glicose no glicosímetro. Para isto será reservada duas horas no final do expediente.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3: Realizar o exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto: O medico monitorará semanalmente nas consultas a realização do exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, através da revisão e atualização do prontuário clínico por meio dos registros.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes: a técnica de enfermagem fará o acolhimento as medições de peso, altura, perímetro abdominal, temperatura e glicemia dos usuários. O medico e a enfermeira realizarão a anamnese, calculo do IMC, avaliação nutricional e exame pelo aparatos e sistemas, em cada consulta agendada. As atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes serão definidas no primeiro encontro do curso de capacitação.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde: A capacitação dos profissionais na ESF será feita na primeira semana do projeto através do “Curso sobre HAS e DM”, serão estudados os CAB 36 e 37 do ministério da saúde 2013 no referente às funções e atribuições da ESF no atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Logo o medico e/ou a enfermeira disporão de 30 minutos em cada reunião de ESF para reforçar os temas a serem atualizados.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais: as atualizações serão feitas durante as reuniões de equipe que acontecem com periodicidade semanal. Para isto será disponibilizado 30 minutos por encontro.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde: o protocolo será impresso e encadernado pelo médico da equipe no inicio da intervenção.

Engajamento público

- Orientar aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso: Será realizado orientações pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas.

Qualificação da prática clínica.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes: Será realizado uma capacitação teórico-prática no início da intervenção com a atualização sobre tratamento dos usuários com HAS e DM, participarão todos os integrantes da equipe e para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, folhas brancas e canetas.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular: Será capacitada a equipe pelo medico da UBS sobre as alternativas locais para o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, participarão todos os profissionais da equipe, para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS.

Meta 5: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Monitoramento e avaliação.

Meta 6: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde: A enfermeira monitorará a realização dos exames laboratoriais solicitados em conjunto com o técnico de laboratório da UBS, o medico transcreverá no prontuário clínico os resultados dos exames. Ao final de cada mês se fará um resumo desse tema na reunião da ESF onde será avaliado a evolução do indicador de forma integrada.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir a solicitação dos exames complementares: será garantido mediante ofício enviado ao gestor pelo medico abordando a necessidade de disponibilidade de cotas de exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo: Será enviado ofício ao gestor municipal pela enfermeira da equipe no início da intervenção solicitando agilidade na realização dos exames laboratoriais dos usuários que participam do projeto.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados: Será estabelecido um sistema de alerta que permita identificar os usuários que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados. O sinal de alerta será em

papel colorido e será anexado pelo médico e/ou enfermeira durante os atendimentos.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares: Será orientado por meio de rodas de conversa realizadas pelos ACS nas comunidades, médico e enfermeira da equipe antes dos atendimentos na UBS aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas, e durante os atendimentos individuais.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem se realizar os exames complementares: Será orientado por meio de rodas de conversa realizadas pelos ACS nas comunidades, médico e enfermeira da equipe antes dos atendimentos na UBS aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas, e durante os atendimentos individuais.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares: será realizado no início da intervenção pelo médico da UBS. Para isto será utilizado o protocolo de HAS e DM do MS, será realizado durante o treinamento e será ministrado pelo médico e enfermeira.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular dos usuários com HAS e DM que participam do projeto: Será avaliado semanalmente as fichas dos usuários que participam do projeto pelos Agentes Comunitários de Saúde, o médico e a enfermeira da equipe, para conferência dos usuários que receberam a medicação, também será utilizado a base de dados da dispensação da farmácia.

Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: serão realizados a cada quinze dias pelos ACS e a enfermeira da equipe.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde: será estabelecido pelo médico e

enfermeira as necessidades de medicamentos, a fim de garantir em quantidade suficiente um estoque que garanta segurança de resposta mensal dos mesmos para todos os usuários que participam do projeto.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso: Será orientado por meio de rodas de conversa realizadas pelos ACS nas comunidades, médico e enfermeira da equipe antes dos atendimentos na UBS aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas, e durante os atendimentos individuais.

Qualificação da prática clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes. No início da intervenção por meio do curso de treinamento, será realizado pelo médico e enfermeira, as atualizações acontecerão durante as reuniões de equipe semanalmente.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular: Será feito no início da intervenção durante o treinamento ofertado pelo médico e enfermeira.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes cadastrados.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar os usuários com hipertensão e/ou diabetes que necessitam de atendimento odontológico: será monitorado por meio dos sinais de alerta e pelos registros na ficha espelho.

Organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes: Durante os atendimentos o médico e a enfermeira realizarão uma avaliação bucal a fim de identificar os paciente que necessitem de acompanhamento com o dentista, estas informações serão registrada na ficha espelho e anexado um sinal de alerta para sinalizar a necessidade de tratamento odontológico.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico: será discutido com o dentistas espaços na agenda para encaixar os usuários com hipertensão e/ou diabetes que necessitem de atendimento com o dentista.

Engajamento Público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e/ou diabetes: Será orientada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação de Prática Clínica

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes: Será capacitada a equipe para identificar possíveis problemas de saúde bucal. Isto será feito pelo médico e enfermeira da UBS e acontecerá no início da intervenção.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo em usuários que participam do projeto.(consultas em dia): A enfermeira monitorará mensalmente as consultas agendadas para o mês em curso por meio da avaliação da ficha espelho. O médico pesquisará o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) através da revisão dos prontuários clínicos e o registro em cada jornada de consulta para usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Na Organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos com apoio dos ACS: Será organizado um cronograma pelo médico da UBS com os usuários que necessitam

ser buscados. Os ACS realizarão as visitas domiciliares para buscar os faltosos a consulta de acordo com as informações fornecida pela enfermeira na reunião da ESF. Farão o agendamento para a primeira semana do mês seguinte e atualizarão o registro em conjunto com a recepcionista.

- Organizar a agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares: o médico e a enfermeira organizarão uma jornada de atendimento na primeira semana de cada mês para acolher os usuários com hipertensão provenientes das buscas domiciliares

No engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas: Será informada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos): será estabelecido um espaço de escuta para a população mencionar as estratégias de melhorias do projeto, por meio de rodas de conversas na UBS, nas comunidades e durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Será discutida propostas de modificação do atendimento de acordo a suas necessidades para diminuir os usuários faltosos aos atendimentos, participarão todos os profissionais da equipe e a população de abrangência da UBS.

- Esclarecer aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas: Será orientada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Treinar os ACS para a orientação de usuários com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Durante o curso da primeira semana a enfermeira realizará treinamento aos ACS para a orientação de usuários com hipertensão quanto a realizar das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto acompanhado na unidade de saúde: será monitorado semanalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante análise dos registros nas fichas espelhos.

Na Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas: será estabelecido a última quinta-feira de cada mês como dia para atualizar o SIAB, neste dia as informações das fichas serão transcritas no sistema de informação pela Enfermeira.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento: será implantada a planilha registro disponibilizada pelo curso, onde o médico e a enfermeira transcreverão os dados das fichas espelhos semanalmente.

- Pactuar com a equipe o registro das informações: será pactuado mediante reunião com a equipe no início da intervenção, mencionando as responsabilidades individuais de cada membro da equipe para com o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros: o médico e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento dos registros de cada uma das informações.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença: será anexado nas fichas espelhos destes usuários sinais de alerta em papel colorido a fim de facilitar as buscas destes usuários e maior acompanhamento por parte da equipe.

No engajamento público

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

Será informada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso: será realizado um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, com relação ao preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e o diabético, participarão todos os integrantes da equipe no início da intervenção.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas: será realizado um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, a fim de instruir a equipe quanto o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, participarão todos os integrantes da equipe.

Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano: O médico monitorará a realização de pelo menos uma consulta por ano de estratificação de risco para cada paciente hipertenso, verificará e atualizará os registros na ficha espelho. Em cada reunião da ESF ao final do mês se socializarão estas informações para o planejamento da periodicidade de acompanhamento em consulta dos usuários segundo classificação de risco.

Na Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco: Os usuários de alto risco receberão no mínimo uma consulta pela enfermeira com periodicidade quadrimestral. O médico consultará estes usuários três vezes no ano de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde 2013.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda: será disponibilizado espaços na agenda de modo a garantir o atendimento com maior frequência dos usuários identificados com risco. .

No engajamento público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular: Será orientado o usuário durante o atendimento individual pelo médico e enfermeira da UBS.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação): Será informada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo: será realizado um treinamento da equipe no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, quanto a forma de se realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação: No início da intervenção pelo médico e enfermeira.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis: será realizado no treinamento no início da intervenção pela enfermeira da equipe e o médico.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto: será monitorado pelo médico e a enfermeira da equipe por meio dos registros dos usuários com HAS e DM com uma periodicidade quinzenal em relação às orientações sobre nutrição adequada para estes usuários.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável: será realizado pelo menos uma prática coletiva sobre alimentação saudável por mês com a participação de toda a equipe juntamente com os usuários e comunidade.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade: será enviado pelo médico da equipe um ofício ao gestor para a fim de solicitar a presença da nutricionista em tais atividades.

Engajamento público

- Orientar usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável: Será orientada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Será realizada no treinamento no início da intervenção, pela enfermeira e médico da UBS, será convidada a nutricionista para colaborar nas informações.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será realizado um treinamento pelo médico e a enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde no início da intervenção, participarão todos os profissionais.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto: será monitorado quinzenalmente mediante o monitoramento dos registros dos usuários por parte do médico e da enfermeira a orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física: serão organizadas práticas coletivas para orientações sobre a importância da atividade física na terceira

semana de cada mês. Serão convidados os profissionais do NASF para ministrar a atividade.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade: será enviado ofício no início da intervenção ao gestor municipal pelo médico da equipe demandando parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade física dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

No engajamento público

- Orientar usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular: Será orientado usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular: será realizado treinamento teórico prática no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será realizado treinamento no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde, participarão todos os profissionais.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes

Monitoramento e avaliação

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto: será monitorado semanalmente pelo médico da UBS por meio dos registros dos usuários a orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto

Na Organização e gestão do serviço

-Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo": será enviado ofício no início da intervenção ao gestor municipal pelo

médico da equipe demandando a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"

No engajamento público

- Orientar os usuários com hipertensão tabagistas sobre o risco e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo: Serão orientados por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas: será capacitada a equipe por meio de um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, sobre o tratamento de usuários tabagistas.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será realizado treinamento pelo médico e enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde. Será feito no início da intervenção, participarão todos os profissionais.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto com o odontólogo: será monitorado quinzenalmente por meio dos registros dos usuários na ficha espelho.

Na Organização e gestão do serviço

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Será estabelecido uma parceria com o odontólogo da equipe dois turnos para o tratamento odontológico para atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que participam do projeto.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico: será priorizado o atendimento dos usuários identificados com sinal de alerta para risco de saúde bucal. Estes usuários serão acompanhados com maior frequência.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários: será demandado mediante um ofício ao gestor a parceria com outras especialidades odontológicas para o tratamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que precisarem.

No engajamento público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Será buscado parcerias na comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista: será mobilizada a comunidade a demandar junto ao gestor a disponibilidade de dentista para atuar na UBS 40 horas semanais.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético: será realizado um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo odontólogo da equipe, sobre o tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores descritos a seguir se fazem necessários para a possível avaliação da intervenção.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1: Cadastrar 60% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão 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 usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes 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 usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 3: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 4: Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número de usuários com hipertensão e diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 9: Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 10: Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 12: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular. **Numerador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 17: Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 18: Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 19: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 20: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 21: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 22: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 23: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Numerador: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica será adotado o Protocolo do Ministério da Saúde para o cuidado das pessoas com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37 ano de 2013. Para o registro das informações será adotada a ficha espelho de usuários com hipertensão e/ou diabetes disponibilizada pelo curso, pois ela prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos à classificação de risco dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Estima-se alcançar com a intervenção 60% dos usuários com hipertensão e 70% dos usuários com diabetes pertencentes à UBS. Para que haja a disponibilidade de fichas espelhos em quantidade suficiente, o médico fará contato verbal com o gestor municipal para dispor das 400 fichas espelho necessária e para imprimir as 400 fichas complementares que serão anexadas às fichas -espelho, isto será feito antes do início da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que vieram ao serviço para consulta de hipertensão e diabetes nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis do prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma

anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. O médico fará encontro conjunto com a gestora e a secretária de saúde no município para providenciar os recursos necessários para a intervenção tais como: agendas, balanças, esfigmomanômetros, glicosímetros, lápis, borracha, fitas métricas, caderno de anotação para as buscas, máquina fotográfica para os registros. A calibragem dos aparelhos pelo INMETRO será garantida mediante ofício que será enviado ao gestor pela técnica de enfermagem, a qual constará as necessidades, bem como a periodicidade de revisão e calibragem dos aparelhos de verificação de pressão arterial e balanças.

O acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes que buscarem o serviço será realizado por todos os profissionais, em especial pela técnica de enfermagem, que o realizará todos os dias em ambos os turnos. As pessoas com cifras elevadas de pressão arterial ou glicose serão atendidas no mesmo turno para ampliar a captação precoce dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Usuários com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de complicações sem necessidade de alterar a agenda, sendo priorizadas nas consultas de pronto atendimento.

A UBS ofertará um dia específico por semana para as consultas agendadas. Nesse dia o médico e a enfermagem realizarão atividades de promoção à saúde nos primeiros minutos da jornada de atendimento, logo a enfermeira organizará os usuários segundo a classificação de risco para a consulta. Os usuários atendidos sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para melhorar a prática clínica, serão organizados quatro encontros de capacitação para os profissionais e ACS. O médico e a enfermeira serão responsáveis em abordar os conteúdos dos CAB no. 36 e 37 do ministério da saúde 2013, para a atenção a usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como apresentarão as fichas de cadastro que serão utilizadas, bem como orientarão quanto a sua forma de preenchimento, também será retomada a técnica de verificação da pressão arterial e verificação de HGT, serão esclarecidos quanto o diagnóstico das complicações mais frequentes, e possíveis identificações de riscos. Aos ACS será orientado quanto a importância da captação dos usuários no programa, bem como a importância da busca ativa. Estes encontros acontecerão na UBS, na primeira semana de intervenção, para os encontros serão reservados duas horas ao final do expediente e será utilizado para o treinamento recursos

audiovisuais, as fichas espelhos e os cadernos do MS. A enfermagem fará um registro de cada encontro.

Para fortalecer o engajamento público, no início da intervenção o médico fornecerá um escrito para a rádio local para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Também serão divulgadas as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais na UBS, na sala de espera e durante os atendimentos individuais e pelos ACS nas visitas domiciliares. Também será criado um espaço de 10 minutos na UBS no início de cada jornada de atendimento onde o médico, a enfermeira e outros profissionais da UBS realizarão uma roda de conversa com os usuários com relação à HAS e DM. Os ACS fornecerão estas orientações nas visitas domiciliares. Os temas que serão abordados serão preparados previamente pelos profissionais durante os encontros de capacitação, será enfatizado a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial alta. Os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, saúde bucal de usuários com hipertensão e/ou diabetes, bem como a importância de todos adquirirem hábitos de vida mais saudáveis.

Além disso, o médico e a enfermagem farão contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaram o projeto esclarecendo a importância do Programa de usuários com hipertensão e/ou diabetes e do projeto de intervenção, assim como os benefícios da sua realização para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na UBS. Será solicitado apoio da comunidade para esclarecer a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Serão colocados cartazes informativos na UBS sobre prevenção de fatores de risco e promoção de estilos de vida saudáveis providenciados pela secretaria de saúde.

Para monitoramento e avaliação do programa, semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho da intervenção identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, ou exames laboratoriais em atraso, nestas fichas serão anexados sinais de alerta com papéis coloridos para facilitar a visualização e busca ativa. A informação será compartilhada com os ACS, que serão responsáveis pelas buscas em conjunto com os demais profissionais da UBS, durante a busca o ACS já agendará uma nova data de consulta de acordo com a disponibilidade do usuário em

ir para a UBS. Estima-se que será necessário realizar 5 buscas por semana de possíveis usuários faltosos. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. O médico avaliará o processo através da ficha de usuários com hipertensão e/ou diabetes e prontuário dos usuários nas consultas, na última semana de cada mês.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nossa intervenção iniciou com muitas facilidades, pois foi inicialmente apresentada às principais autoridades de saúde do município. Os profissionais de saúde da equipe compreenderam os objetivos e metas da intervenção desde o início e continuam empenhados em desenvolvê-las na UBS. Os Agentes Comunitários de Saúde sentiram-se protagonistas da intervenção e perceberam que a organização do trabalho trouxe muitas facilidades.

Com a intervenção foi possível realizar o aprimoramento da gestão e da organização do serviço, qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, exercendo ações de prevenção, recuperação e promoção à saúde dos usuários.

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas em sua maioria segundo o cronograma da intervenção, existiram algumas dificuldades, mas foram resolvidas com certa facilidade, graças à persistência da equipe e a ajuda de amigos e colaboradores. Prévio ao início da intervenção se trabalhou no sentido de garantir todos os insumos necessários para realizar a intervenção.

Na primeira semana foi desenvolvido o curso de capacitação para os profissionais e ACS sobre os conteúdos dos CAB no. 36 e 37 do ministério da saúde 2013, para a atenção a usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. O curso contou com uma participação massiva dos profissionais e ACS, no entanto a qualificação de prática clínica não parou por aí. Os conhecimentos foram e continuam sendo atualizados e sistematizados nas jornadas de visitas domiciliares as micro áreas e nas reuniões da equipe, onde também se discutem as ações desenvolvidas e o que pode ser melhorado no atendimento aos usuários com

hipertensão e/ou diabetes, também são repassadas orientações aos ACS para que no dia da visita domiciliar, anotassem dúvidas dos usuários para serem discutidas posteriormente.

Primeiro foram realizadas buscas ativas dos usuários com hipertensão e/ou diabetes em 100% da nossa área de cobertura, através da inclusão do programa de visitas domiciliares em todas as comunidades distantes da UBS as terças-feiras de cada semana. Conseguimos atingir e acompanhar a totalidade dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da nossa área de abrangência. Os ACS tiveram papel fundamental neste indicador.

Foi preconizada as quartas-feiras como dia de atendimento clínico na cidade e quinta-feira na UBS de Tabocal. Destacando o atendimento preferencial para os usuários que assistam a consultas em outro dia da semana.

Ressalta-se a conquista das consultas integradas de medição dos parâmetros clínicos pela enfermeira, avaliação clínica pelo médico e odontológica pelo dentista no mesmo dia de consulta para cada paciente.

Desde o início da intervenção incorporamos ao dia a dia o espaço de 10 minutos ao início de cada jornada de atendimento onde o médico, a enfermeira e outros profissionais na UBS trocam informações com usuários e familiares da sala de espera em relação à HAS e DM. Além disso, foram realizadas palestras sobre hipertensão, alimentação saudável, tabagismo e atividade física, com os grupos.

No início da intervenção foram desenvolvidos quatro grupos, mas no decorrer se observou a necessidade de dividir os mesmos, tendo em conta a localização das micro áreas, assim, em cada visita às comunidades a equipe interagia com um dos grupos. Foi muito interessante a formação do grupo de idosos na cidade e um grupo de estudantes na região de Tabocal. Foram realizados diversos encontros durante a intervenção, sendo que cada membro da equipe ficou responsável para ministrar uma oficina. Geralmente participava o médico, a enfermeira e os ACS de cada micro área, sempre que possível havia a participação do dentista. Estas palestras foram focadas na prevenção e promoção da saúde para usuários com hipertensão e/ou diabetes. Buscamos materiais, folders para auxiliar nas orientações. Além disso, trabalhamos em conjunto com o grupo de idosos e dos estudantes, conseguimos que a atividade fosse protagonizada pelos escolares. Os idosos gostaram muito do jeito da palestra e os alunos integraram o conhecimento a prática, aprendendo com

as experiências das pessoas do grupo e da comunidade no que tange aos cuidados da saúde.

Também se aproveitava os grupos em conjunto com os atendimentos individuais para enfatizar a importância de todos comparecerem às consultas agendadas, bem como, o uso adequado das medicações.

Durante a intervenção, com a disponibilidade do serviço de eletrocardiografia na UBS, além da radiografia, completou-se a lista de exames fornecidos pelo município para o alcance dos objetivos da intervenção. Um aspecto importante e que merece ser destacado foi a disponibilidade do técnico do laboratório em realizar as coletas no domicílio dos usuários acamados, além de que o pessoal do laboratório colaborou com a intervenção flexibilizando a agenda dos exames bem como trabalhando com agilidade na liberação dos resultados.

De igual forma pode ser mencionado com os medicamentos da lista de usuários com hipertensão e/ou diabetes e a farmácia popular, todos os usuários cadastrados tiveram prescrição e acesso a estes medicamentos, para os casos em que os usuários não conseguiam se deslocar até a UBS para a retirada do medicamento a equipe realizava a visita domiciliar para prestar o atendimento do acompanhamento e já realizava a entrega da medicação. Os ACS tiveram um papel fundamental durante toda a intervenção.

A avaliação odontológica foi possível graças à presença de um dentista em nossa equipe de trabalho e a coordenação com ele para dar atenção preferencial a nossos usuários os dias de consulta tanto na cidade como no interior. Mesmo assim foi coordenada logo de iniciada a intervenção a atenção integrada dos usuários, sendo iniciada pela enfermeira, logo o médico, e finalmente o dentista o que facilitou a avaliação das necessidades de atendimento odontológico pelo dentista mesmo, então essa ação mudou respeito ao planejado na logística da intervenção onde seria o médico quem avaliara esse aspecto.

Durante toda a intervenção a equipe trabalhou com a ficha de acompanhamento e ficha-espelho de HAS e DM propostas pelo curso de especialização. Foi designado um local específico na UBS para guardar estas fichas, sendo que o médico e a enfermeira foram os responsáveis pelo monitoramento e avaliação destas informações.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Embora houvesse alguns imprevistos no desenvolver das ações da intervenção, como é o caso de falha no transporte, mudanças de datas de atendimentos, falta de ACS, difícil acesso do micro áreas para as reuniões dos grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes, a equipe sempre batalhou por soluções possíveis visando cumprir integralmente com as ações que foram traçadas. Ao final foi possível que todas as ações previstas foram desenvolvidas pela equipe.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início tivemos dificuldades na coleta, sistematização, preenchimento e fechamento dos registros, fichas e planilhas de coletas de dados relativos à intervenção. Os dados necessários para as planilhas não estavam ainda na rotina de atendimento, então ao final das consultas faltavam informações para preencher as abas dos medicamentos da farmácia popular e a lista de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Tínhamos dificuldade em quantificar as informações fornecidas aos usuários sobre alimentação, prática de atividade física, saúde bucal, entre outras orientações, mas aos poucos tudo foi se ajeitando e tudo passou a ser registrado no prontuário facilitando o monitoramento e preenchimento da planilha. Outra dificuldade foi com relação a lista dos usuários fornecidos pelos ACS, haviam cadastros duplicados pois muitos usuários eram portadores de ambas as patologias. Mas isto foi logo orientado que mesmo sendo portadores de ambas as patologias deveria constar apenas um cadastro na planilha.

Em pouco tempo todas estas dificuldades foram superadas e com a ajuda da orientadora todas as planilhas foram organizadas, sendo possível manter o monitoramento e avaliação do programa ao final de cada semana, pois haviam consistências nos registros. Este monitoramento era feito no final do expediente de cada quinta-feira pelo médico e enfermeira, sendo possível avaliar a evolução dos indicadores em cada mês respectivamente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com a capacitação feita na primeira semana da intervenção, a equipe e os funcionários foram familiarizados com os protocolos de Hipertensão e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde. Os estudos feitos pelo pessoal agora ficaram como material de consulta para a equipe e as outras ESF da UBS na prática do dia a dia. Assim como, propiciou espaços de treinamento para os demais programas do Ministério da Saúde.

A comunidade de forma geral se envolveu na solução dos problemas existentes, bem como se co-responsabilizou pela solução de seus problemas de saúde. Os profissionais da saúde da UBS participaram e atualizaram seus conhecimentos sobre os programas e a sua participação neles, bem como tiveram suas funções definidas.

Com o decorrer das doze semanas da intervenção, foi possível evidenciar a significativa melhora no acolhimento aos usuários da UBS, está sendo possível repassar o conhecimento das doenças (diabetes e hipertensão) aos participantes do grupo e melhorar a sua qualidade de vida. Houve uma mudança na vida dos usuários, uma transformação na rotina e saúde dos participantes do grupo e dos outros usuários que frequentam a UBS. Também ficou esta ação, com usuários com hipertensão e/ou diabetes implantada como rotina do dia a dia não somente da nossa equipe, como também da equipe do NASF, assim como das lideranças da comunidade. Hoje todos da equipe prestam um cuidado de qualidade, bem como se comprometem em estar realizando a pesquisa e cadastro de novos possíveis usuários com hipertensão ou diabetes no programa da UBS, as consultas e as visitas nas comunidades programadas pela equipe terão continuidade. É possível evidenciar que hoje todos se encontram mais envolvidos e comprometidos com o trabalho, e é por estes motivos que a equipe pretende estar seguindo este trabalho como exemplo para organizar os demais programas de saúde e assim melhorar a qualidade de vida da população.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção visou melhorar o cuidado ofertado aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes na Estratégia de Saúde da Família Euvenice Alves Batista, no município de Cristalândia do Piauí/PI, 2015. Bem como ampliar a cobertura de atendimento desta população. A área de abrangência da ESF tem uma população estimada de 2164 usuários com uma estimativa de 1 382 pessoas com 20 anos ou mais, deles 329 usuários com hipertensão e 81 usuários com diabetes segundo o levantamento VIGITEL, 2011.

Portanto, para que fosse possível a melhoria deste cuidado durante os três meses de intervenção foram trabalhados vários objetivos e metas a qual serão descritos a seguir.

Referente ao objetivo 1 de melhorar a cobertura no programa de hipertensão e diabete mellitus na UBS

Meta 1:Cadastrar 60% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador1:Cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão na unidade de saúde

A área de abrangência da UBS possui segundo estimativa da planilha de coleta de dados (VIGITEL, 2011), 321 usuários portadores de HAS. No decorrer da intervenção, no primeiro mês foram cadastrados e avaliados 81 usuários, ou seja, 24,6% de cobertura. No segundo mês chegamos a 142 usuários com hipertensão cadastrados no programa, ou seja, 43,2% de cobertura. Por fim, no terceiro mês

esta cobertura se manteve tendo em vista que nenhum paciente novo foi identificado em consultas de demanda espontânea, pois no terceiro mês a equipe trabalhou com os mesmos pacientes do mês anterior para melhorar os indicadores de qualidade propostos na intervenção; mantendo-se o número de usuários cadastrados em 142, ou seja, 43,2% de cobertura. (Figura 1). O indicador foi melhorado, mas precisou-se de um maior empenho da equipe na busca ativa dos usuários para cadastro e acompanhamento no programa, por meio das visitas às comunidades e micro áreas do território de abrangência da equipe. A intervenção estava prevista para 16 semanas e foi reduzida para 12. Além disso, temos muitas áreas distantes, o que dificultou aumentar a cobertura.

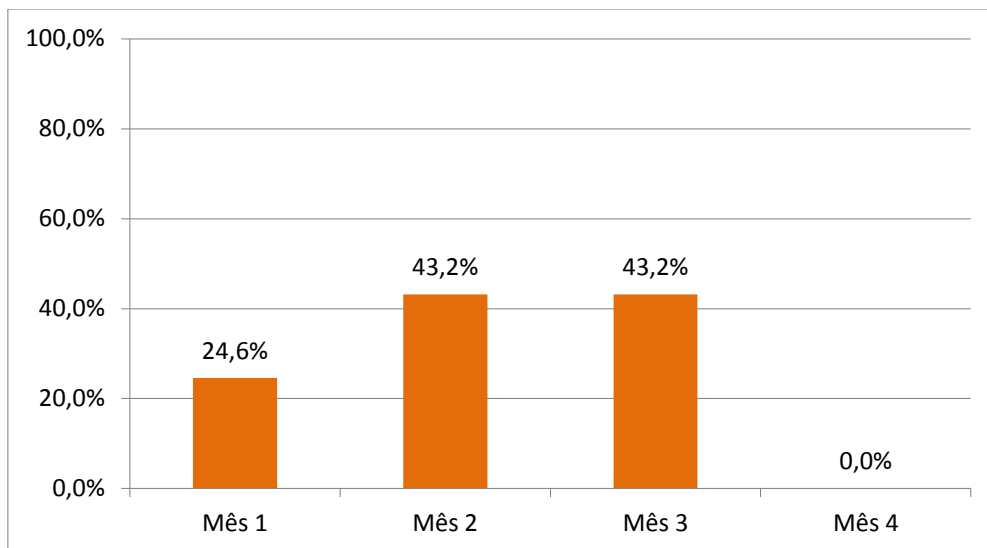


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 2: Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador2: Cobertura do programa de atenção aos usuários com diabetes na unidade de saúde

Existia na área de abrangência da UBS 81 usuários portadores de diabetes mellitus segundo os dados do levantamento feito pelos ACS. Durante a intervenção no primeiro mês foram cadastrados e acompanhados 19 usuários, ou seja, 23,5%, no segundo mês 30 haviam sido cadastrados e acompanhados no programa da

UBS fechando em 37% de cobertura. No terceiro mês a cobertura se manteve em 37% tendo em vista que o número de usuários com diabetes permaneceu em 30 usuários, não sendo diagnosticado nenhum caso novo no período em consultas de demanda espontânea. No terceiro mês a equipe trabalhou com os mesmos pacientes do mês anterior para melhorar os indicadores de qualidade propostos na intervenção; (Figura 2). O indicador foi melhorado, mas precisou-se de um maior empenho da equipe na busca ativa dos usuários para cadastro e acompanhamento no programa, por meio das visitas às comunidades e micro áreas do território de abrangência da equipe, pois segundo estimativas do CAP ainda existe um número maior de usuários por cadastrar na área. A intervenção estava prevista para 16 semanas e foi reduzida para 12. Além disso, temos muitas áreas distantes, o que dificultou aumentar a cobertura.

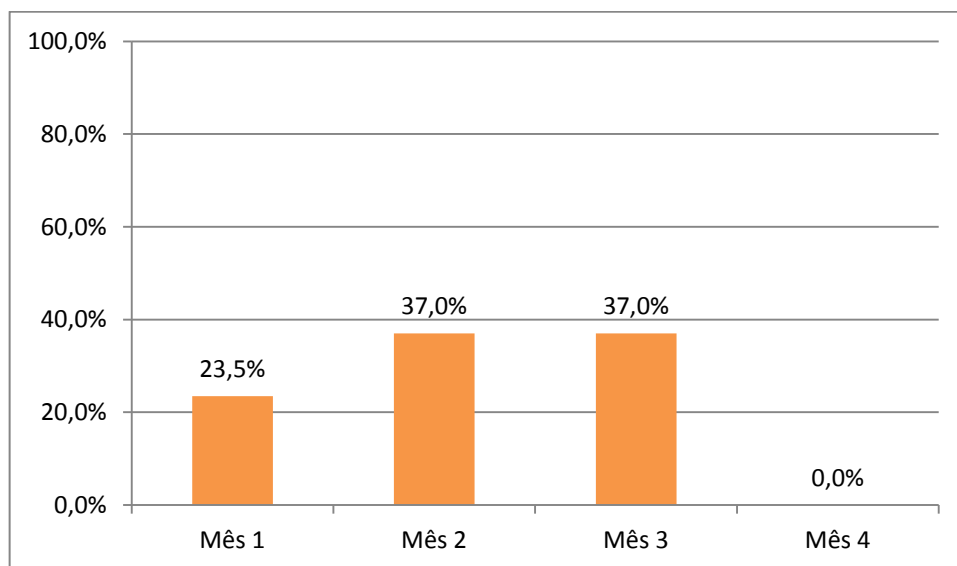


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Euvénice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Referente ao Objetivo 2 de melhorar a qualidade da atenção médica a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador3: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção foi possível cadastrar e acompanhar no programa 142

usuários com hipertensão. No primeiro mês dos 81 usuários com hipertensão cadastrados no programa, 35 encontrava-se com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, ou seja, uma cobertura de 43,2%. No segundo mês dos 142 usuários cadastrados no programa, 136 encontrava-se com os exames em dia, com uma cobertura de 95,8% e por fim no terceiro mês dos 142 usuários cadastrados no programa, todos, ou seja, 100% encontravam-se com os exames em dia conforme preconizado. (Figura 3). Isto foi possível graças ao empenho do médico em realizar o exame clínico dos usuários durante os atendimentos individuais, também pela captação dos usuários para serem cadastrados no programa e pela qualidade dos registros.

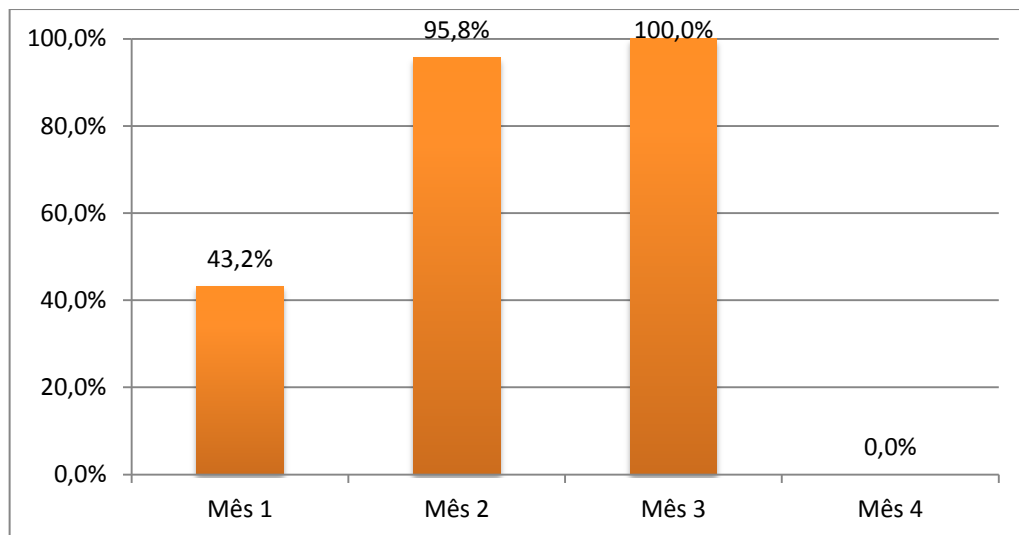


Figura 3 – Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador4: Proporção de usuários com diabetes com exame clínico de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção foram cadastrados 30 usuários com DM. No primeiro mês dos 19 usuários cadastrados no programa da UBS 08 apresentavam exame clínico em dia conforme preconizado, ou seja, uma cobertura de 41,1%. No segundo mês a cobertura ampliou para 100% tendo em vista que todos os 30 usuários encontravam-se cadastrados no programa. No terceiro mês se manteve a cobertura de cadastro de 30 usuários com uma cobertura de 100% destes com o exame clínico em dia conforme preconizado pelo protocolo. (Figura 4). Conforme mencionado no indicador passado, isto foi possível graças ao empenho do médico em realizar o

exame clínico dos usuários durante os atendimentos individuais, também pela captação dos usuários para serem cadastrados no programa e pela qualidade dos registros.

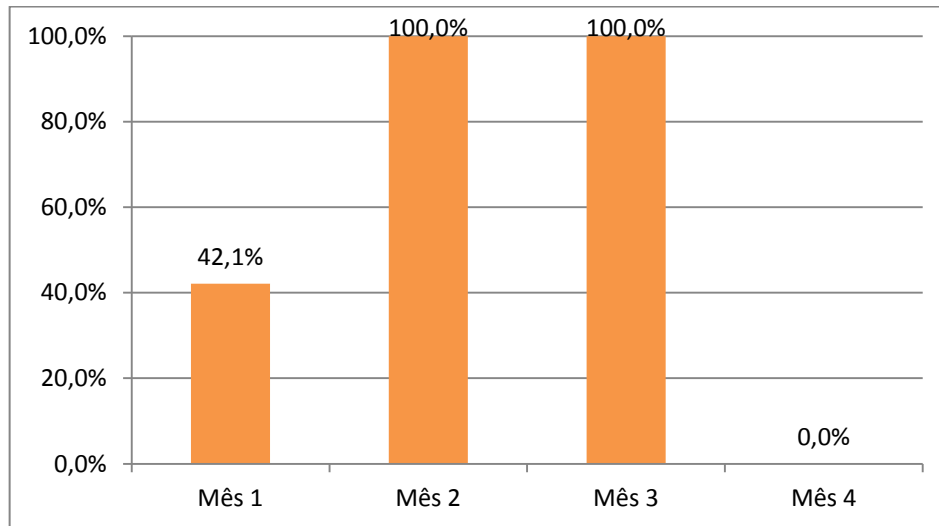


Figura 4 –Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 5: garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador5: proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção, dos 142 usuários cadastrados com HAS no programa da UBS, 81 foram cadastrados no primeiro mês, destes, 26 apresentavam exames complementares em dia conforme preconizado, ou seja, uma cobertura de 32,1%. No segundo mês dos 142 usuários cadastrados, 119 apresentavam os exames em dia, com uma cobertura de 83,8% e por fim no final do terceiro mês dos 142 usuários com HAS cadastrados no programa, todos, ou seja, 100% apresentavam exames complementares periódicos em dia. (Figura 5). Isto foi possível graças ao empenho da equipe para com a busca ativa e cadastro dos usuários no programa, bem como devido ao apoio do gestor para prestar o serviço de eletrocardiograma e outros exames na UBS, disponibilizando condições para que os exames pudessem ser realizados com agilidade.

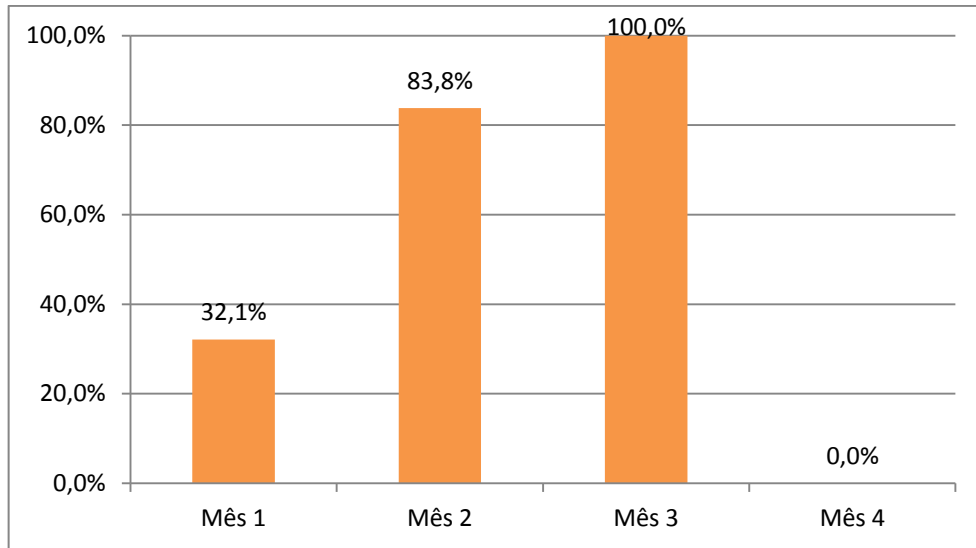


Figura 5 –Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 6: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador6:Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção foram cadastrados 30 usuários com DM. No primeiro mês dos 19 usuários cadastrados no programa da UBS 04 apresentavam exame clínico em dia conforme preconizado, ou seja, uma cobertura de 21,1%. No segundo mês a cobertura ampliou tendo em vista que dos 30 usuários cadastrados no programa, 27, ou seja, 90,0% apresentavam os exames complementares em dia e por fim no terceiro mês da intervenção dos 30 usuários cadastrados no programa, todos, ou seja, 100% apresentavam exames complementares em dia conforme preconizado pelo protocolo. (Figura 6). Conforme mencionado no indicador passado, isto foi possível graças ao empenho da equipe para com as avaliações e busca ativa e cadastro dos usuários no programa, bem como devido ao apoio do gestor para prestar o serviço de eletrocardiograma e outros exames na UBS, disponibilizando condições para que os exames pudessem ser realizados com agilidade.

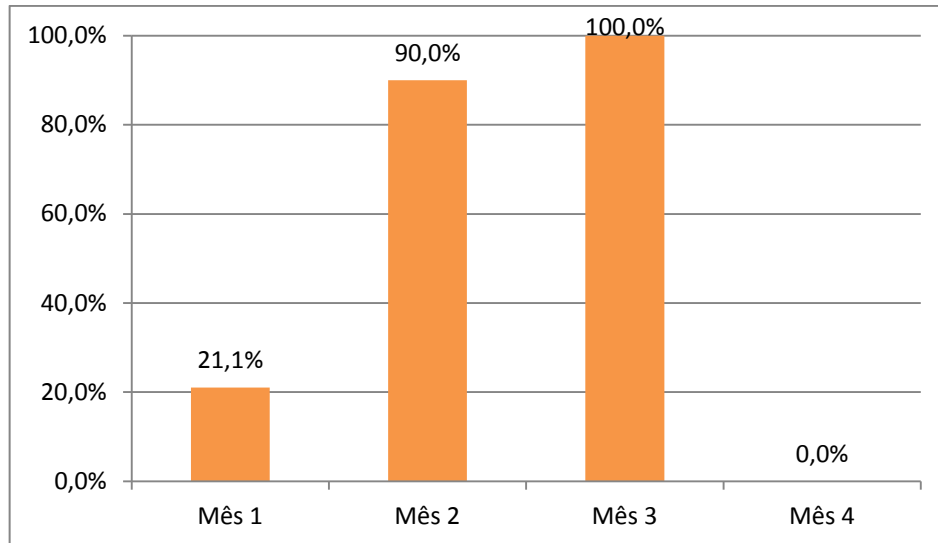


Figura 6–Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador7: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Durante a intervenção foram cadastrados 142 usuários com HAS no programa da UBS. Dos 81 cadastrados no primeiro mês, 64 tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, ou seja, uma cobertura de 80%. No segundo mês dos 142 usuários cadastrados, 126 usuários apresentavam tal prescrição com uma cobertura de 88,7% e por fim no terceiro mês dos 142 usuários com HAS cadastrados no programa, todos, ou seja, 100% tinham a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular preconizada. (Figura 6). Alguns usuários são acompanhados por outros profissionais da rede privada, portanto foram prescritos com medicações que não estava disponibilizado na farmácia popular. Nas primeiras semanas da intervenção tivemos usuários que não aceitaram as mudanças propostas no seu tratamento, preferindo continuar com as medicações que faziam uso. Logo, após o trabalho de sensibilização realizado nas reuniões e nos grupos onde foram divulgados os direitos dos usuários a ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, todos foram aceitando os medicamentos, inclusive por questões econômicas, de disponibilidade e confiança no trabalho da equipe.

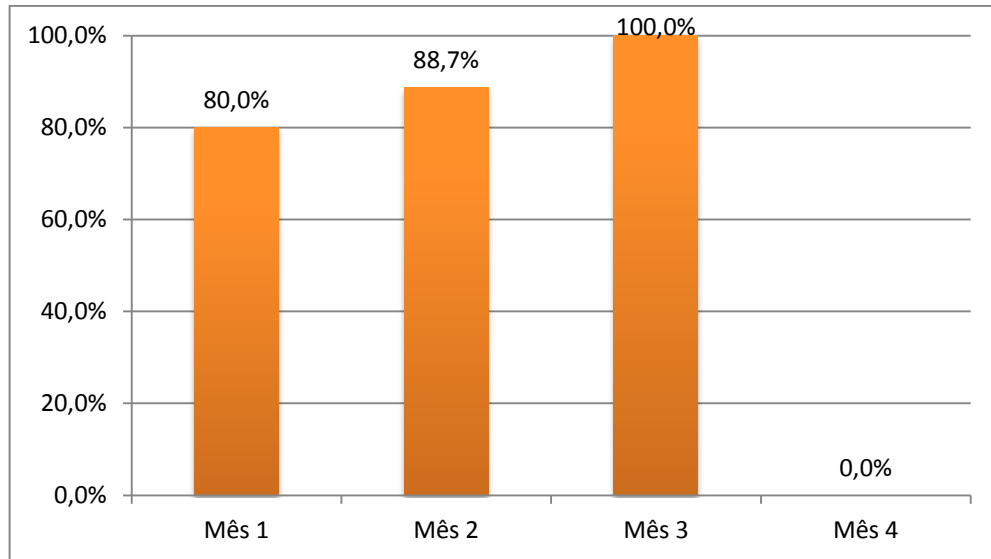


Figura 7 –Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador8: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Dos 30 usuários com diabetes cadastrados durante a intervenção, 19 foram cadastrados no primeiro mês, sendo que destes, 15 tinham a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, ou seja, 78,9%. No segundo mês dos 30 usuários cadastrados, 26 estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, com uma cobertura de 86,7% e por fim no terceiro mês dos 30 usuários cadastrados e acompanhados no programa da UBS, todos, ou seja, 100% dos usuários com diabetes encontravam – se com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular conforme preconizado. (Figura 8). Algumas medicações como a Metformina de 500mg estiveram em falta durante a primeira etapa da intervenção. Alguns usuários estavam sendo acompanhados por outros profissionais na rede privada, portanto as medicações que faziam uso não estavam disponíveis na farmácia popular. Trabalhou-se com os usuários sobre os direitos dos usuários a ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e com a equipe sobre a importância de manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde a fim de mantê-los em quantidade suficiente.

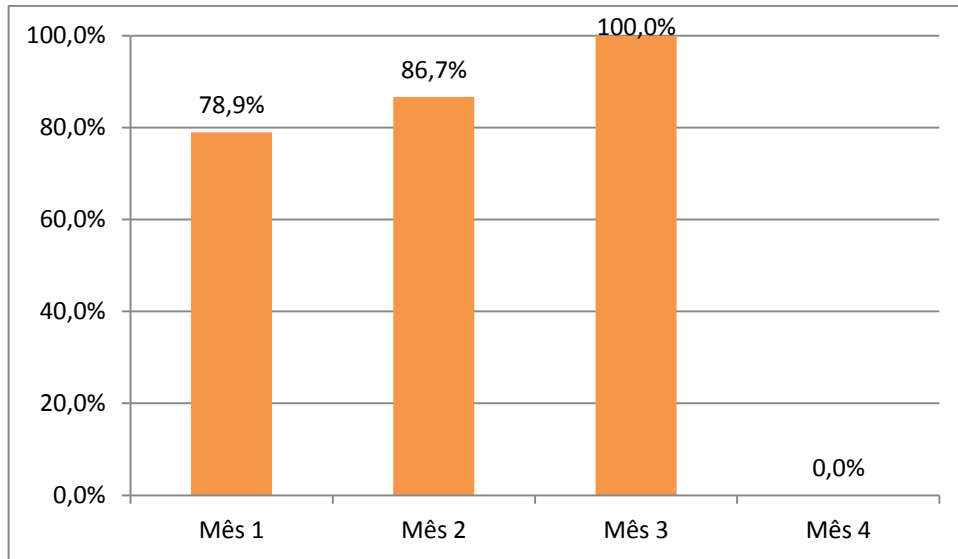


Figura 8 –Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador9: Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Dos 142 usuários com hipertensão cadastrados ao longo da intervenção, 81 foram cadastrados no primeiro mês, destes 45 tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ou seja, 55,6% de cobertura. No segundo mês de 142 usuários cadastrados no programa, 133 foram avaliados, com uma cobertura de 93,7%. Por fim no terceiro mês, dos 142 usuários com hipertensão cadastrados no programa da UBS todos, ou seja, 100% foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico. (Figura 9). Isto foi possível graças ao empenho da equipe, em especial do trabalho em conjunto com a equipe de saúde bucal desde o início do trabalho, também pela qualidade dos registros.

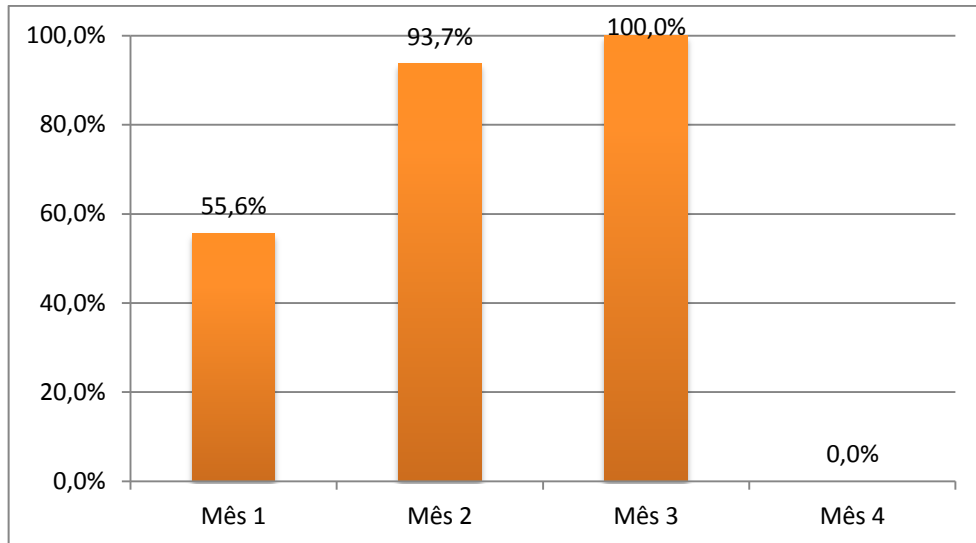


Figura 9 –Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 10: Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante a intervenção foram cadastrados 30 usuários com diabetes, 19 no primeiro mês sendo que destes 8 foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, ou seja 42,1% de cobertura. No segundo mês dos 30 cadastrados, 29 tiveram tal avaliação com o dentista, ou seja, 96,7%. Por fim no terceiro mês dos 30 usuários com diabetes cadastrados, todos, ou seja, 100% foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico. (Figura 10). Esse resultado foi possível graças ao trabalho integrado da equipe em conjunto com a equipe de saúde bucal, tendo em vista que o dentista disponibilizou horários na agenda para atendimentos destes usuários. Também devido a qualidade dos registros.

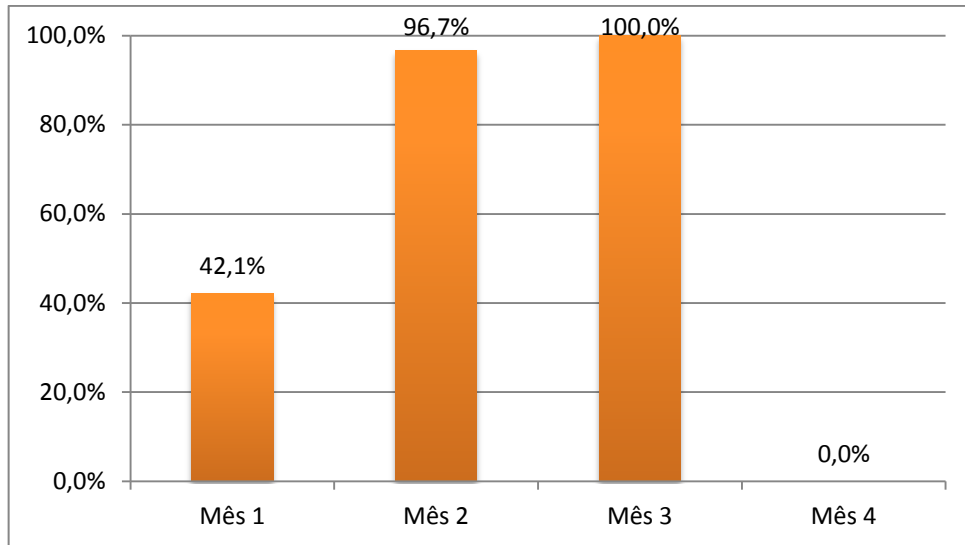


Figura 10 – Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Referentes ao objetivo 3 de melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção foram cadastrados 142 usuários com hipertensão. No primeiro mês, dos 81 usuários com hipertensão cadastrados, todos compareceram as consultas previstas conforme os agendamentos e, portanto não foi necessário realizar a busca ativa. No segundo mês dos 142 usuários com hipertensão cadastrados e acompanhados no programa, 02 faltaram aos agendamentos e foram buscados pela equipe, ou seja, 100% de cobertura. Por fim no terceiro mês dos 142 usuários com hipertensão cadastrados e acompanhados, 02 faltaram aos agendamentos e foram buscados pela equipe, ou seja, 100% faltosos buscados pela equipe. (Figura 11). Destaca-se que este indicador se manteve assim, devido ao importante trabalho dos ACS na busca ativa dos faltosos as consultas. Foram organizadas visitas domiciliares, buscando reagendar as consultas, realizando um melhor acolhimento possível, buscando conquistar e sensibilizar os usuários para a importância deste cuidado.

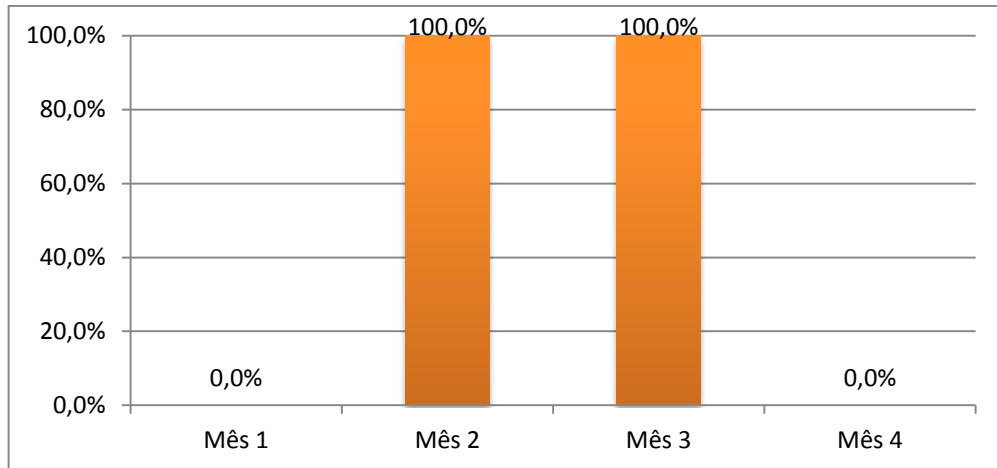


Figura 11 –Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 12: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Ao longo da intervenção foram cadastrados 30 usuários com DM. Destes nenhum faltou as consultas e, portanto não foi necessário realizar a busca ativa. Assim sendo, não gerou gráfico de acompanhamento para este indicador. Acreditamos que isto ocorreu em virtude do belo trabalho de sensibilização realizado nas comunidades e também junto aos usuários durante os atendimentos individuais na UBS e nas atividades coletivas. Também foi enfatizada a importância do comparecimento nas consultas durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

Referente ao Objetivo 4de melhorar o registro das informações do Programa de Atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Indicador 13: Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Ao longo dos três meses de intervenção foram cadastrados 142 usuários com hipertensão, 81 no primeiro mês, sendo que destes 66 (81,5%) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. No segundo e terceiro mês

obtivemos dos 142 usuários com hipertensão cadastrados, todos, ou seja, 100% tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento pela equipe de saúde. (Figura 12). A equipe foi capacitada quanto o preenchimento de todos os registros necessários para o adequado acompanhamento aos usuários usuários com hipertensão, além disso, com o desenvolvimento da intervenção, foi possível adquirir mais conhecimento no preenchimento dos registros. Foi definido um profissional responsável pelo monitoramento dos registros, sendo a enfermeira a responsável por monitorar tal atividade. Foi determinado um dia na semana para fazer resumo parcial da intervenção, revisão e atualização dos registros.

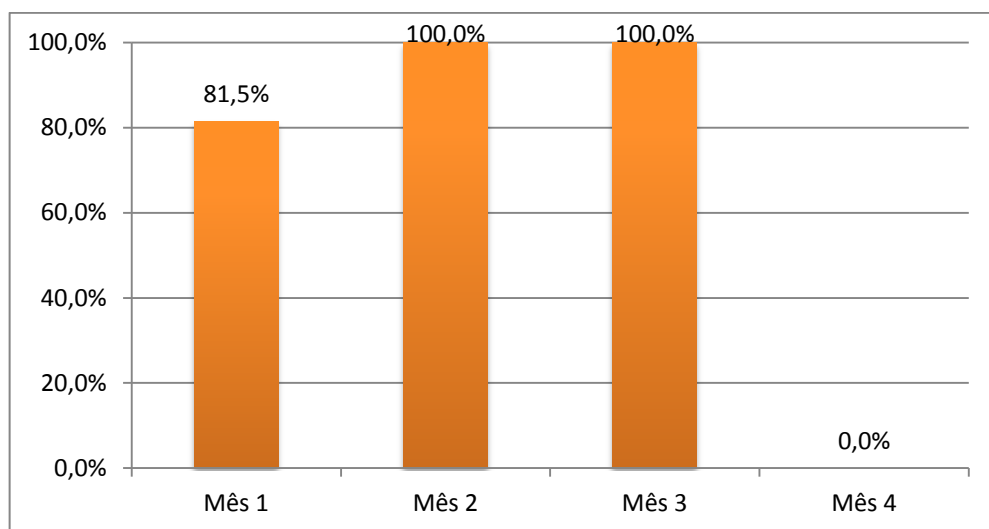


Figura 12 – Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Dos 30 usuários cadastrados ao longo dos três meses de intervenção, 19 foram cadastrados no primeiro mês, destes, 16 tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, ou seja, 84,2%. Nos meses seguintes, dos 30 usuários com diabetes cadastrados, todos tiveram o registro adequado em ficha espelho, ou seja, 100% de cobertura. (Figura 13). A equipe foi capacitada no preenchimento de todos os registros necessários para o adequado acompanhamento ao usuário diabético, além disso, com o desenvolvimento da intervenção, foi possível ter mais conhecimento e habilidade no preenchimento dos registros, bem como maior

sensibilização dos profissionais quanto a importância disto facilitando o alcance desta meta.

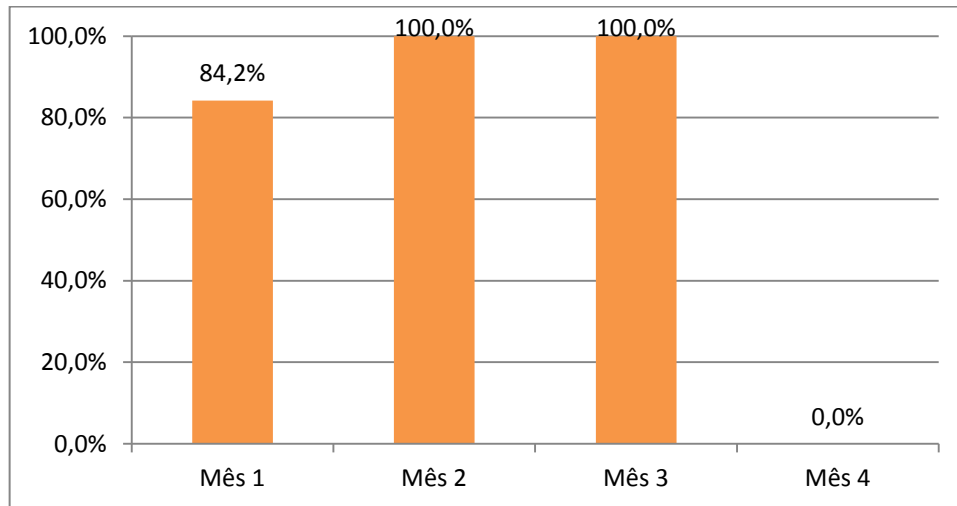


Figura 13 – Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Referente ao objetivo 5 de mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador15: Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Dos 142 usuários cadastrados ao longo da intervenção, 81 foram cadastrados no primeiro mês, sendo que destes 25 tiveram a estratificação de risco cardiovascular realizada, ou seja, 30,9% de cobertura. No segundo e terceiro mês, dos 142 usuários com hipertensão cadastrados, todos (100%) tiveram a avaliação da estratificação do risco cardiovascular pela equipe, o que manteve-se no terceiro mês. (Figura 14). Dificuldades como a realização dos exames complementares que avaliam a estratificação de risco cardiovascular foi um dos grandes desafios enfrentados no início da intervenção dificultando a estratificação do risco aos usuários com hipertensão cadastrados, no entanto, após conversa com o gestor foi disponibilizado o exame de eletrocardiograma na UBS, isto facilitou o acesso e agilidade nos resultados dos exames sendo possível obter resultados satisfatórios.

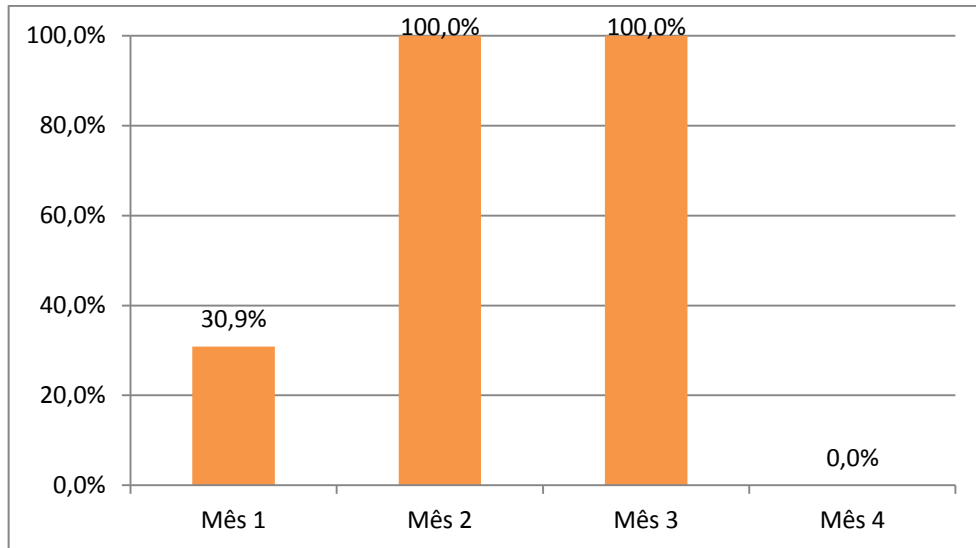


Figura 14 – Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Ao longo da intervenção 30 usuários com diabetes foram cadastrados, 19 no primeiro mês, sendo que destes, 06 tiveram a estratificação de risco cardiovascular realizada. Já no segundo e terceiro mês dos 30 usuários com diabetes cadastrados no programa, todos, ou seja, 100% tiveram a estratificação de risco cardiovascular realizada pela equipe. (Figura 15). Conforme mencionado no indicador anterior, dificuldades como a realização dos exames complementares que avaliam a estratificação de risco cardiovascular foi um dos grandes desafios enfrentados no início da intervenção dificultando a estratificação do risco aos usuários com hipertensão cadastrados, no entanto, após conversa com o gestor foi disponibilizado o exame de eletrocardiograma na UBS, isto facilitou o acesso e agilidade nos resultados dos exames sendo possível obter resultados satisfatórios.

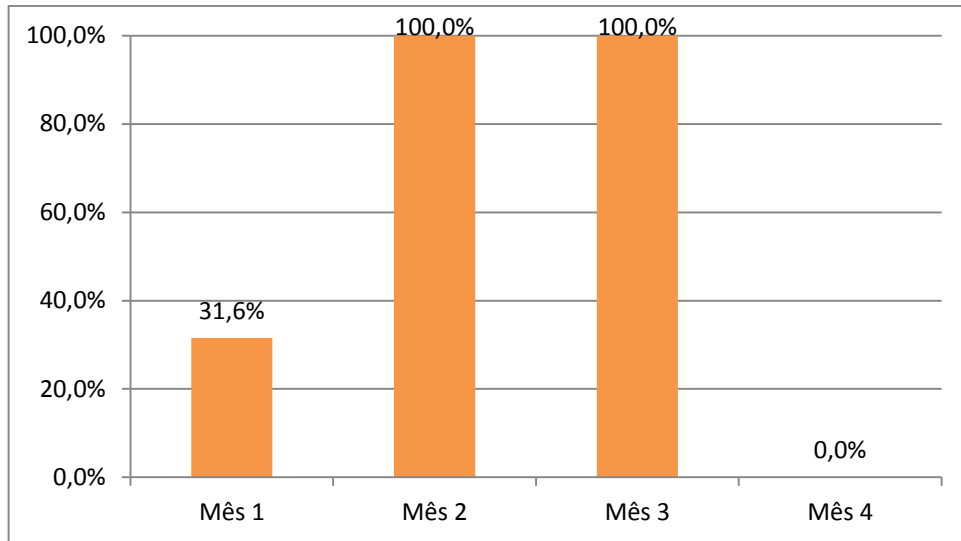


Figura 15 – Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Referente ao objetivo 6 de promover a saúde no programa de controle da hipertensão arterial sistêmica e diabete mélitus

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 17: Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durante a intervenção foi possível cadastrar e acompanhar no programa 142 usuários com hipertensão. No primeiro mês dos 81 usuários com hipertensão cadastrados no programa, 26 haviam recebido orientação nutricional, ou seja, uma cobertura de 32,1%. No segundo e terceiro mês dos 142 usuários com hipertensão cadastrados, todos, ou seja, 100 % tinham recebido orientação nutricional sobre alimentação saudável. (Figura 16). Isto foi possível graças ao trabalho em equipe realizado repassando informações a respeito nas oficinas programadas realizadas, como também aproveitando os atendimentos individuais, salas de espera, durante o acolhimento, sempre era trabalhado e divulgado estas informações. Além de que, realizaram-se práticas coletivas sobre alimentação saudável, além de parcerias com a nutricionista do NASF.

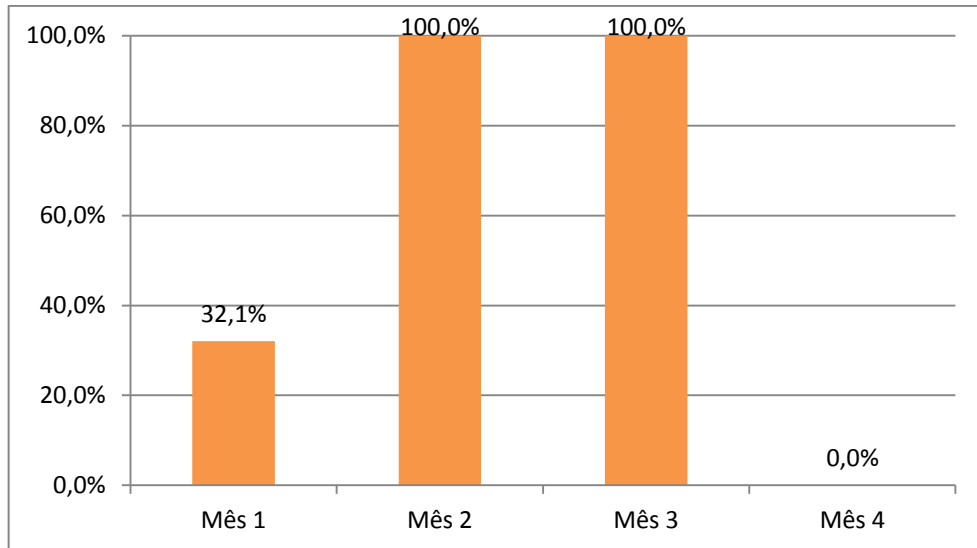


Figura 16 – Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicadores 18: Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durante a intervenção foram cadastrados 30 usuários com DM. No primeiro mês dos 19 usuários cadastrados no programa da UBS 05 tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável conforme preconizado, ou seja, uma cobertura de 26,3%. No segundo e terceiro mês atingimos 100% de cobertura junto aos usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável. (Figura 17). Isto foi possível graças ao trabalho em equipe realizado repassando informações a respeito nas oficinas programadas realizadas, como também aproveitando os atendimentos individuais, salas de espera, durante o acolhimento, sempre era trabalhado e divulgado estas informações. Além de que, realizaram-se práticas coletivas sobre alimentação saudável, além de parcerias com a nutricionista do NASF.

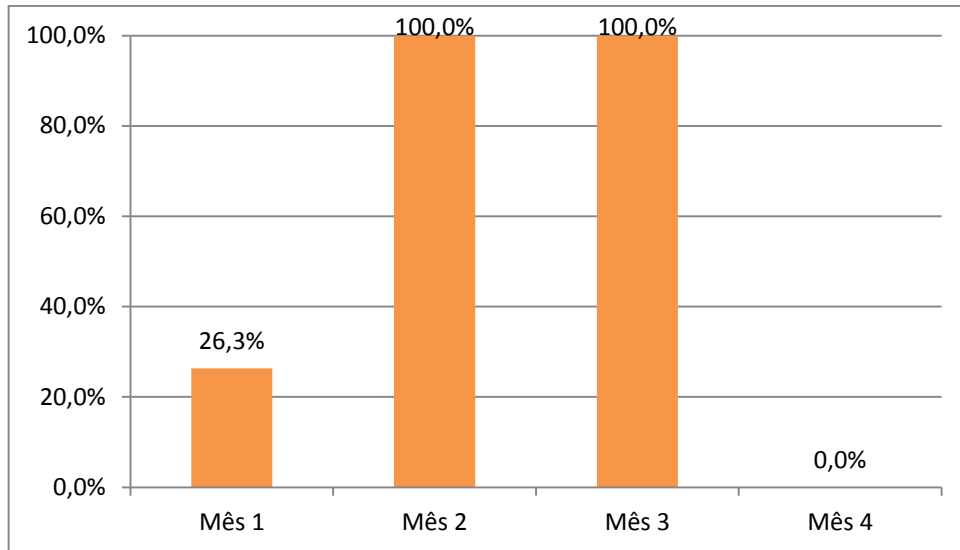


Figura 17 – Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários usuários com hipertensão.

Indicador 19: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção foi possível cadastrar e acompanhar no programa 142 usuários com hipertensão. No primeiro mês dos 81 usuários com hipertensão cadastrados no programa, 26 tinham recebido orientação sobre a prática de atividade física regular, ou seja, uma cobertura de 32,1%. No segundo e terceiro mês dos 142 usuários com hipertensão cadastrados, todos, ou seja, 100% tinham recebido orientação sobre a prática de atividade física regular. (Figura 18). Este indicador manteve-se em 100% nos dois últimos meses, pois a equipe em parceria com NASF trabalhou intensamente orientando os usuários sobre a importância da prática regular de atividade física. Foram realizadas palestras, jornadas de Hipertensão e Diabetes. Realizaram-se caminhadas coletivas com boa aceitação e participação dos usuários com a organização dos agentes comunitários de saúde na praça das comunidades.

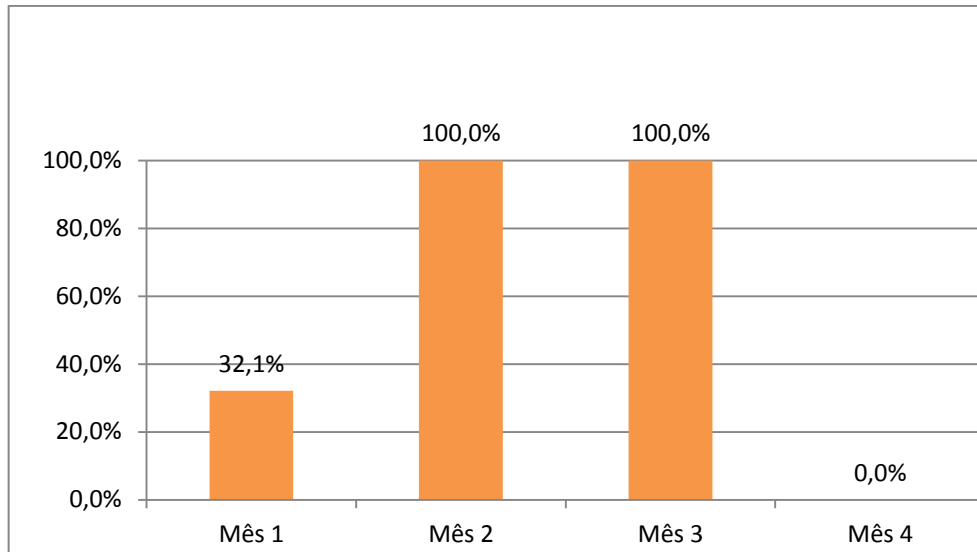


Figura18 – Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 20: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção foram cadastrados 30 usuários com DM. No primeiro mês dos 19 usuários cadastrados no programa da UBS 05 tiveram orientação sobre a prática de atividade física regular conforme preconizado, ou seja, uma cobertura de 26,3%. No segundo e terceiro mês dos 30 usuários com diabetes cadastrados e acompanhados no programa, todos, ou seja, 100% receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. (Figura 19). Este indicador, conforme mencionado anteriormente, manteve-se em 100% nos dois últimos meses, devido ao belo trabalho realizado pela equipe em parceria com NASF, onde foi trabalhado intensamente orientando os usuários sobre a importância da prática regular de atividade física. Foram realizadas palestras, jornadas de Hipertensão e Diabetes. Realizaram-se caminhadas coletivas com boa aceitação e participação dos usuários com a organização dos agentes comunitários de saúde na praça das comunidades.

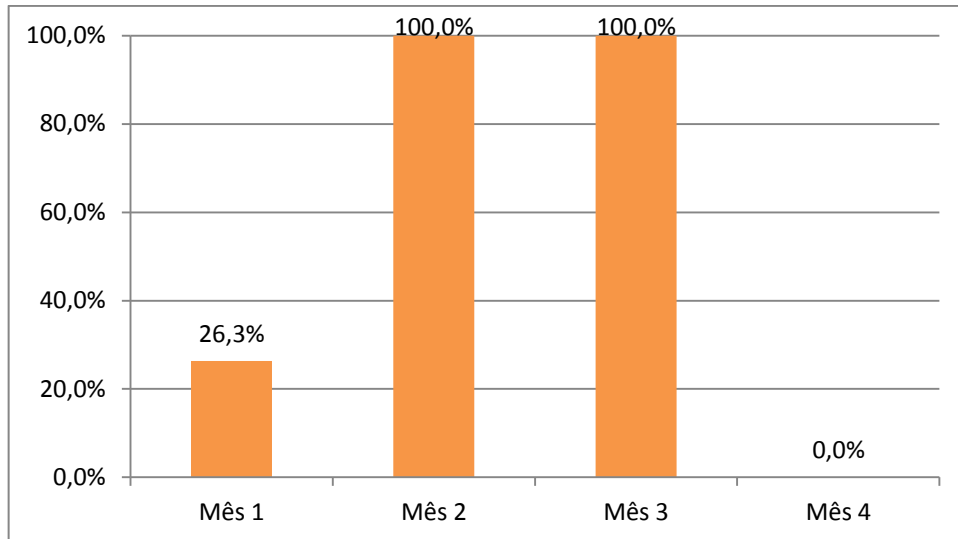


Figura 19 – Proporção de usuários com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Euvenice Alves Batista, Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 21: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a intervenção foi possível cadastrar e acompanhar no programa 142 usuários com hipertensão. No primeiro mês dos 81 usuários com hipertensão cadastrados no programa, 26 tinham recebido orientação sobre os riscos do tabagismo, ou seja, uma cobertura de 32,1%. No segundo e terceiro mês todos os 142 (100%) usuários com hipertensão cadastrados e acompanhados no programa tinham recebido orientação sobre os riscos do tabagismo. (Figura 20). O sucesso desta meta está atribuído ao belo trabalho desenvolvido no município no que tange o controle do tabagismo. Durante a intervenção foram trabalhados grupos com usuários fumantes, sendo incluídos os usuários com hipertensão tabagistas do programa no programa antitabagismo, desenvolvido pela secretaria de saúde municipal orientada pelo ministério da saúde. Também foram ofertadas orientações individuais e na UBS, nas VDs dos ACS e durante os atendimentos em grupos de saúde desenvolvido nas comunidades.

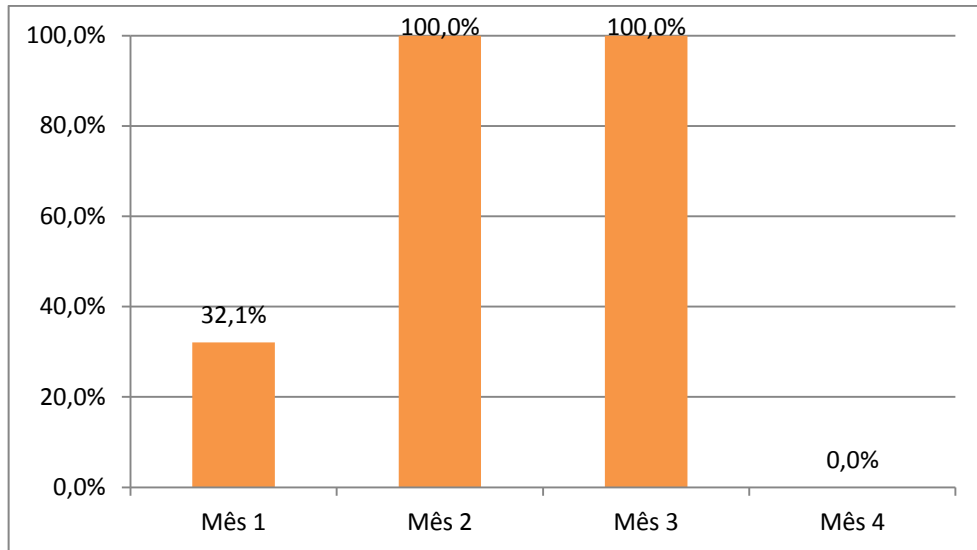


Figura 20 – Proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 22: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a intervenção foram cadastrados 30 usuários com DM. No primeiro mês dos 19 usuários cadastrados no programa da UBS 05 tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo conforme preconizado, ou seja, uma cobertura de 26,3%. No segundo e terceiro mês atingimos 100% de cobertura nos usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (Figura 21). Isto, graças aos trabalhos de grupos com usuários fumantes, sendo incluídos os usuários com hipertensão tabagistas do programa no programa antitabagismo, desenvolvido pela secretaria de saúde municipal orientada pelo ministério da saúde. Também pelas orientações individuais ofertadas na UBS, nas VDs dos ACS e durante os atendimentos em grupos de saúde desenvolvido nas comunidades.

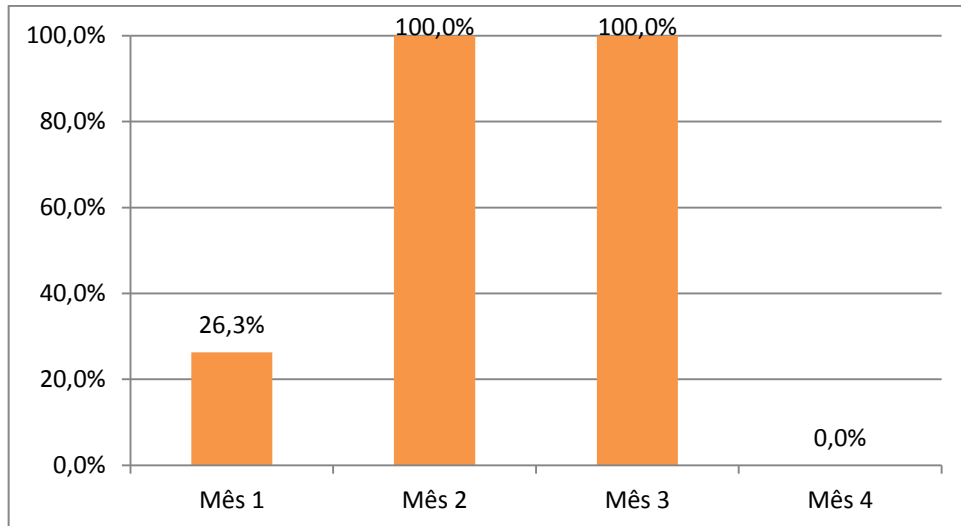


Figura 21 – Proporção de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários usuários com hipertensão.

Indicador 23: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Durante a intervenção foi possível cadastrar e acompanhar no programa 142 usuários com hipertensão. No primeiro mês dos 81 usuários com hipertensão cadastrados no programa, 26 tinham recebido orientação sobre higiene bucal, ou seja, uma cobertura de 32,1%. No segundo e terceiro mês todos os 142 (100%) usuários com hipertensão cadastrados no programa, tinham recebido orientação sobre higiene bucal. (Figura 22). Foi possível orientar usuários sobre higiene bucal em diferentes cenários, alguns em consultas, outros em palestras ministradas pelo dentista e auxiliar bucal. Também trabalhamos o assunto nas jornadas de Hipertensão e Diabetes.

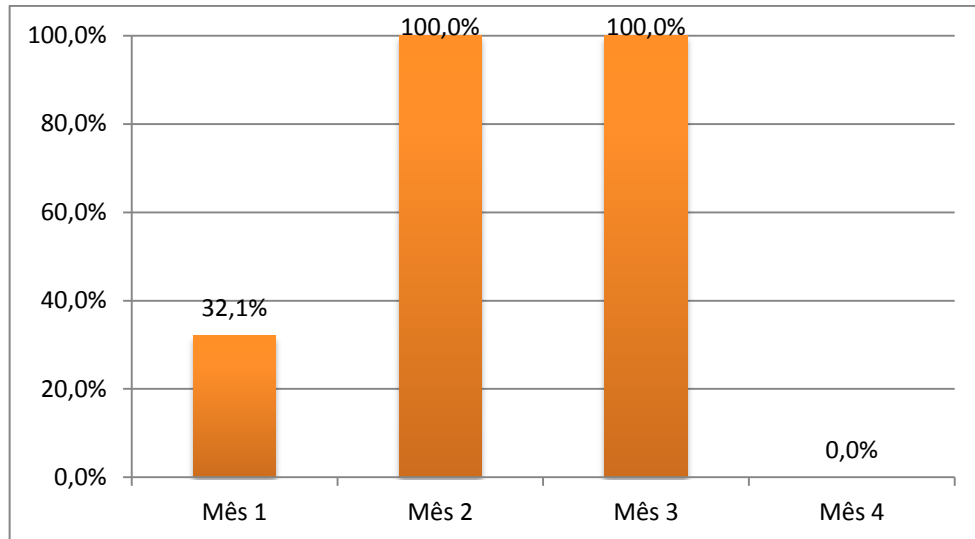


Figura 22 – Proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 24: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Durante a intervenção foram cadastrados 30 usuários com DM. No primeiro mês dos 19 usuários cadastrados no programa da UBS 05 tiveram orientação sobre higiene bucal conforme preconizado, ou seja, uma cobertura de 26,3%. No segundo e terceiro mês foi possível atingir 100% dos usuários com diabetes do programa com orientação sobre higiene bucal. (Figura 23). Foi possível orientar usuários sobre higiene bucal em diferentes cenários, alguns em consultas, outros em palestras ministradas pelo dentista e auxiliar bucal. Também trabalhamos o assunto nas jornadas de Hipertensão e Diabetes.

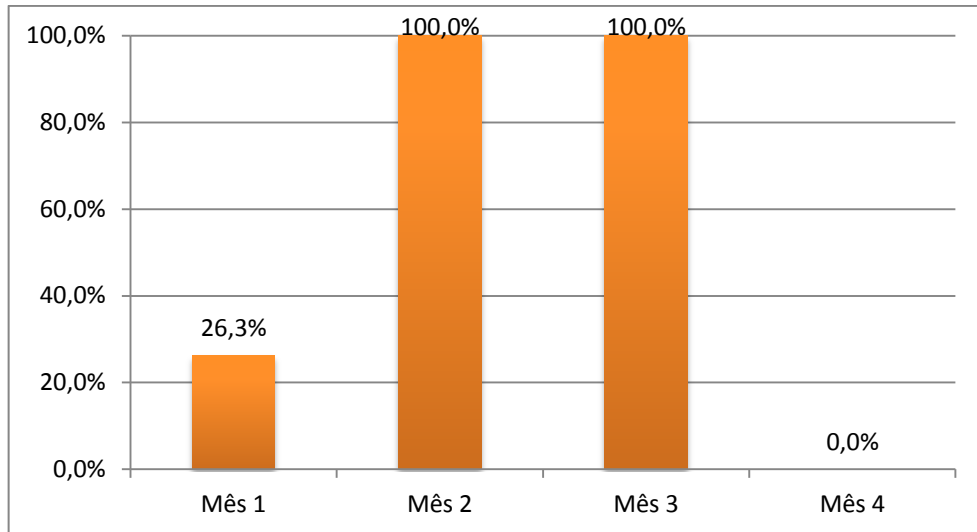


Figura 23 – Proporção de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Euvenice Alves Batista. Cristalândia do Piauí/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

4.2 Discussão

Com a intervenção na unidade básica de saúde Euvenice Alves Batista, foi possível a ampliação da cobertura de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes incorporados ao programa, tendo em vista que anteriormente a cobertura se encontrava em 26% para usuários com hipertensão e 15% para usuários com diabetes, chegando a 43,2% e 37% de cobertura ao final da intervenção para usuários com hipertensão e/ou diabetes, respectivamente. Além disso, possibilitou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para a realização do eletrocardiograma e outros exames na UBS que permitiu a classificação de risco de usuários com HAS e DM, estabelecendo desta maneira a prioridade no atendimento dos usuários. Além disso, foi possível a melhoria da cobertura no

atendimento odontológico e desenvolvimento das atividades de promoção da saúde, além do estabelecimento de parcerias com instituições da comunidade e apoio da gestão.

Durante a intervenção, foi necessário que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. A equipe foi capacitada no protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para a realização do cadastramento dos usuários, o agendamento das consultas, atualização constante da ficha-espelho, exame físico adequado, a importância da realização do acolhimento, de uma triagem minuciosa, da importância da verificação da glicemia capilar, bem como trabalhar o fortalecimento do engajamento público junto a comunidade.

A equipe aprendeu a realizar um trabalho em conjunto multidisciplinar com o apoio de todos os profissionais da unidade. A intervenção promoveu o trabalho integrado da equipe da UBS, onde cada membro da equipe ficou responsável por determinada atividade. Foi possível estabelecer as atribuições de cada profissional na ação programática. Sendo a técnica em enfermagem responsável pelo acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes; a enfermeira da organização de palestras e acompanhamento de usuários com hipertensão e/ou diabetes; os ACS da área que estiveram sempre juntas nos encontros, sendo responsáveis pelo acolhimento e busca ativa dos usuários e atividades educativas para os familiares. Também contou com o apoio de outros profissionais como nutricionista e educadora física que participaram dos grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Para organizar o cuidado foi adotada a estratégias do Ministério da Saúde para o cuidado das pessoas com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37. 2013. Isto possibilitou que cada integrante da equipe tivesse suas funções definidas no programa, sendo possível perceber a necessidade de envolvimento multidisciplinar no cuidado que deve ser ofertado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, antes o cuidado era centrado no médico, hoje está claro para todos que o acompanhamento deve ser feito por vários profissionais e não só pelo médico ou enfermeiro, sendo fundamental a participação do dentista, do educador físico e dos profissionais do NASF.

A intervenção permitiu a equipe receber capacitações sobre o protocolo de hipertensão e/ou diabetes, objetivando o rastreamento, tratamento e monitoramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes desde o acolhimento até total organização da equipe, antes da intervenção as atividades de atenção a esses usuários eram concentradas na médica, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção num maior número de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Os agentes comunitários de saúde auxiliaram na realização da busca ativa dos faltosos, o que acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como pesquisa ativa, agendamento das consultas, o acolhimento dos usuários.

Antes da intervenção a equipe não tinha esclarecido a suas atribuições específicas na atenção a Hipertensão e/ou Diabetes, com o decorrer do trabalho cada membro da equipe vivenciou a importância da sua participação na atenção permanente a esses usuários. A coleta de dados foi realizada por toda a equipe, sendo a enfermeira a responsável. Utilizamos os prontuários, a ficha de cadastro do programa de hipertensão e/ou diabetes, as fichas espelho, com acompanhamento da digitação dos dados em planilha Excel.

O grupo de usuários com hipertensão e/ou diabetes tem reuniões mensais, e acontece em vários espaços como escolas, igrejas, academia de saúde e na UBS. Durante as atividades educativas foram distribuídos diversos materiais educativos sobre estilos de vida saudáveis, danos do tabagismo para a saúde, higiene bucal e a prática de atividade física em usuários com doenças crônicas. O grupo conta com o apoio da enfermeira e do nutricionista, os usuários têm demonstrado satisfação e interesse, participando de forma ativa das discussões realizadas durante e após a explanação dos temas e a importância desta ação é sentida pela equipe e ACS.

Embora o impacto da intervenção ainda seja pouco percebido pela comunidade em geral, algumas ações como a organização da agenda de consultas na UBS, classificação de risco, e o desenvolvimento de um sistema de visitas nas micro áreas, mostram que aos poucos a comunidade está visualizando os esforços dos profissionais de saúde, sendo que os usuários com hipertensão e/ou diabetes demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, não tem sido percebido insatisfação na sala de espera para com os demais membros da comunidade, pois tal organização acabou repercutindo em melhorias no acolhimento para toda a comunidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada, se existisse uma análise situacional prévia da UBS, assim muitas ações poderiam ter sido implementadas muito antes, em especial a sensibilização junto à comunidade quanto a importância da ação programática que foi desenvolvida. Se fosse iniciar agora, nossa equipe contaria com a organização, com as ferramentas certas e os conhecimentos precisos para satisfazer as necessidades de saúde desse grupo populacional. No entanto, a forma com que as ações foram ofertadas eu faria tudo do mesmo jeito, pois sempre visamos o melhor possível para a comunidade, oferecendo o cuidado da melhor forma possível, procurando sempre estar perto da comunidade.

A intervenção já está incorporada na rotina do serviço, as consultas de hipertensão e diabetes vêm sendo desenvolvidas em um dia da semana em ambos os turnos, aliada aos atendimentos de livre demanda, mesmo assim temos um dia na semana de visita nas comunidades rurais priorizando a avaliação do estado de saúde desses usuários. O grupo de usuários com hipertensão e/ou diabetes vem acontecendo mensalmente, mas pretende ser ampliado o trabalho de sensibilização às famílias e comunidade, a fim de que todos saibam a importância deste cuidado para a saúde da população visando a captação e diagnóstico precoce.

Iremos continuar realizando as visitas domiciliares no micro áreas, realizando a busca de faltosos, com a participação ativa dos ACS. Continuaremos solicitando apoio à gestão, para a disponibilização de material necessário, como também a garantia de medicamentos de Farmácia Popular. Vamos continuar com a coleta e monitoramento de todos os indicadores avaliados na intervenção, no intuito de continuar mantendo as coberturas alcançadas, bem como melhorando a qualidade do programa diariamente.

Por fim é possível concluir que no início da intervenção era notório a falta de conhecimento por parte dos profissionais da equipe quanto aos protocolos de atendimento, já que somente o médico fazia uso, também havia registros incompletos o que dificultava o monitoramento e avaliação do programa, e conseqüentemente dificultava o planejamento das ações necessárias, o atendimento a usuários com hipertensão e/ou diabetes era centrado na consulta médica, sem ter participação ativa dos demais profissionais da equipe em especial da equipe de saúde bucal. Hoje, ao final da intervenção foi possível melhorar a qualidade do programa por meio de uma organização dos atendimentos, atendimentos agendados aliados a livre demanda, melhoria nos registros e conseqüentemente possibilidade

de monitoramento, avaliação e planejamento das ações necessárias, houve fortalecimento do envolvimento de todos os profissionais no cuidado ofertado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes tanto no que tange o cuidado individual como coletivo nas atividades educativas, enfim, possibilitou uma melhoria do cuidado ofertado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes por meio da priorização deste atendimento e possível identificação de riscos e manejo de intercorrências em tempo hábil, de forma aliado aos demais atendimentos aos outros grupos populacionais e toda a comunidade. Porém ainda necessitamos de novas capacitações principalmente aos agentes comunitários de saúde e auxiliar de enfermagem para conseguirmos a melhoria do serviço em relação ao atendimento dos usuários, não só dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, mas também a todos os usuários de outros programas priorizados pelo ministério de saúde, em especial o programa de saúde da mulher, saúde no idoso, pela sua relação com o trabalho que já vinha sendo desenvolvido, sendo esta, portanto, nossa meta para os próximos meses.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhora Gestora:

A Política Nacional da Atenção Básica conceituada como um agrupamento de ações coletivas e individuais que preconizam atividades de promoção e prevenção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Diante disto os usuários com hipertensão necessitam de atendimento adequado nas unidades de saúde da família que priorizem as atividades supracitadas (BRASIL, 2006).

Portanto este relatório tem como objetivo relatar o trabalho de intervenção realizado na ESF Euvenice Alves Batista no que tange à ação programática de atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Foram alvo deste trabalho todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da ESF Euvenice Alves Batista no período compreendido de abril a junho de 2015. Foi escolhido este foco para intervir, considerando a análise da situação de saúde na UBS, realizada no início do curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPEL a qual estou finalizando, tendo em vista que este cuidado estava sendo ofertado de forma não organizada e sem a qualidade exigida.

Com a intervenção, foi possível a ampliação da cobertura de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes incorporados ao programa, tendo em vista que anteriormente a cobertura se encontrava em 26% para usuários com hipertensão e 15% para usuários com diabetes, chegando a 43,2% e 37% de cobertura ao final da intervenção para usuários com hipertensão e/ou diabetes, respectivamente. Além disso, possibilitou a melhoria dos registros e a qualificação

da atenção, com destaque para a realização do eletrocardiograma e outros exames na UBS que permitiu a classificação de risco de usuários com HAS e DM, estabelecendo desta maneira a prioridade no atendimento dos usuários. Também foi possível a melhoria da cobertura no atendimento odontológico e desenvolvimento das atividades de promoção da saúde, além do estabelecimento de parcerias com instituições da comunidade e apoio da gestão.

As ações desenvolvidas foram possíveis pela integração e esforço da equipe em conjunto com o seu apoio e o apoio da prefeitura. Como você sabe, foi a gestão que providenciou lanches, frutas para os usuários durante a realização das oficinas, o transporte para a equipe se deslocar às comunidades afastadas nos dias de visitas comunitárias e sem isto o programa não teria atingido os objetivos e a qualidade esperada.

Hoje a partir do trabalho desenvolvido, os usuários com hipertensão e/ou diabetes estão cadastrados e vinculados à ESF, com isso recebendo acompanhamento clínico e laboratorial. O atendimento ao programa de hipertensão e diabetes é realizado as terças feiras nas comunidades afastadas e as quintas feiras em de Tabocal, recebendo assim um acompanhamento integral e com qualidade. Sendo que caso algum usuário procure a ESF em outro dia, este será atendido com igual qualidade.

A intervenção permitiu a equipe receber capacitações sobre o protocolo de hipertensão e/ou diabetes, objetivando o rastreamento, tratamento e monitoramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes desde o acolhimento até total organização da equipe. Logo melhorou os registros e a qualificação da atenção, com destaque para a ampliação dos exames eletrocardiográficos, estratificação do risco de ambos os grupos, melhoria em atendimento odontológico e o incremento das atividades de promoção da saúde.

Com certeza o projeto constituirá em um instrumento fundamental no processo de aperfeiçoamento das intervenções no campo da saúde coletiva, como para os responsáveis pela formulação das políticas de saúde do município, compreendendo ainda a análise do contexto histórico e social em que foi desenvolvido e será incorporada a rotina do trabalho da equipe.

No entanto é muito importante mencionar que mesmo diante dos resultados positivos, ainda faz-se necessárias algumas melhorias. Uma delas é que dentro das possibilidades seja intensificado cada vez mais a parcerias institucionais,

envolvendo educadores físicos e nutricionistas nesta atividade. Ressalta-se que a equipe realizou orientações sobre a importância de atividades físicas, mas julgamos que seria melhor a presença de educadores físicos e nutricionistas para intensificar esta ação tão importante.

Também julgamos importante que a secretaria de saúde continue realizando parcerias com laboratórios que ofereçam serviços pelo SUS para a realização dos exames laboratoriais para aqueles usuários que são geralmente de baixa renda. Também seria bom que futuramente a gestão municipal garantisse os medicamentos da Farmácia Popular em quantidade suficiente, pois alguns estiveram em falta em alguns momentos durante a intervenção e isto interfere negativamente no seguimento e controle destas doenças.

No mais, gostaríamos novamente de agradecer o apoio recebido. Estamos muito felizes com os resultados e pretendemos dar continuidade. Além de que os dados obtidos por meio deste trabalho podem ser utilizados para avaliação dos indicadores de saúde desta população bem como para o planejamento de melhorias futuras, tendo em conta que este cuidado terá continuidade na ESF e, portanto a continuidade de seu apoio é fundamental. A equipe também pretende melhorar gradativamente nos próximos meses outros programas do ministério da saúde visando atingir cada vez mais grupos populacionais, pois aos poucos esses programas de saúde serão postos em andamento e favorecerão aos moradores das comunidades do município Cristalândia do Piauí e irão interferir na qualidade de vida de toda a comunidade, portanto, nos colocamos a disposição para discutir possíveis melhorias e desde já, contamos com seu apoio para as próximas ações que serão desenvolvidas.

Muito obrigada!

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida comunidade, Boa tarde.

Este relatório tem como finalidade descrever o processo de melhoria do cuidado ofertado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF Euvenice Alves Batista oriundo do trabalho de intervenção do curso de especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPEL.

A realização do projeto de intervenção na ESF teve como objetivo melhorar o programa de hipertensão e diabetes, pois durante o desenvolvimento do trabalho diário e por meio de uma análise da situação de saúde na UBS, percebeu-se que este cuidado estava sendo ofertado de forma não organizada e sem a qualidade exigida, era necessário um atendimento diferenciando, visando diminuir o risco de complicações decorrentes da HAS e do DM.

A hipertensão arterial sistêmica é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável de mortes por acidente vascular cerebral, por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, de muitos casos de insuficiência renal terminal.

A partir do trabalho desenvolvido, os usuários com hipertensão e/ou diabetes estão cadastrados e vinculados a UBS, com isso recebendo acompanhamento clínico e laboratorial. O atendimento ao programa de hipertensão e diabetes é realizado as terça feiras nas comunidades afastadas e as quintas férias em Tabocal, sendo que caso algum usuário procure a ESF em outro dia, este será atendido.

Durante a intervenção, a equipe precisou se capacitar para seguir as recomendações do protocolo que foi utilizado, bem como foram adotadas fichas espelhos específicas para os registros dos atendimentos. Foi realizada sensibilização na comunidade quanto à importância deste cuidado e as facilidades dele ser ofertado pela ESF, isto foi feito por todos os integrantes da equipe, tanto de forma coletiva nos grupos como de forma individual nas consultas.

Os Agentes comunitários de saúde protagonizaram a pesquisa ativa de usuários faltosos, por meio das visitas domiciliares. Sempre recebemos o acompanhamento das lideranças comunitárias nesta tarefa.

Foi possível com esta intervenção cadastrar 142 usuários com hipertensão, ou seja, (43,2%) e 30 usuários com diabetes que representou 37% dos usuários, além de que, todos os cadastrados tiveram o registro específico em ficha espelho, exame clínico e laboratorial acordo ao protocolo, com a conseguinte estratificação do risco cardiovascular, mesmo assim foram feitas as orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, higiene bucal e os riscos do tabagismo. No início da intervenção a comunidade e os grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes, tiveram certa resistência nas atividades relacionadas à promoção em saúde, porém com o decorrer da intervenção, foram todos aderindo ao programa e participando das atividades. Destaca-se que todas as medicações necessárias para o tratamento destas doenças, os usuários estão recebendo na farmácia da UBS por meio da Farmácia Popular.

Durante a intervenção, a equipe percebeu como os usuários ficaram gratos, tirando dúvidas sobre temas gerais, como alimentação saudável, prática de exercícios físicos. Além disso, foi possível interagir ativamente com os profissionais de outras especialidades e que atuam junto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família aqui no município.

Para atingir as metas foi fundamental o apoio da prefeitura, através da gestora, pois providenciaram lanches, frutas para os usuários durante a realização das oficinas.

A equipe valorizou o apoio das lideranças comunitárias que ajudaram em estratégias para a divulgação das ações que foram realizadas, sendo que muitas atividades foram realizadas nas igrejas e escolas, fundamentalmente nas comunidades afastadas.

Nossa equipe tem a responsabilidade de continuar orientando a todos vocês, comunidade sobre um padrão de vida mais saudável, sobre a importância que os usuários se responsabilizem pela sua saúde, através do autocuidado.

Com a realização da intervenção, foi possível interagir mais com a equipe, com as famílias, compreendendo melhor os conflitos familiares, possibilitando assim um maior apoio aos usuários. Ao decorrer desses três meses de intervenção, foi possível melhorar a qualidade de vida dos portadores de HAS e diabetes.

Por fim, agradeço mais uma vez à todos vocês, comunidade pelo apoio neste processo de melhoria do cuidado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Gostaríamos de continuar contando com o apoio recebido até aqui, para as demais ações que serão ofertadas futuramente pela equipe, tendo em vista que a intervenção terminou, no entanto este cuidado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes terá continuidade na UBS, além de que o cuidado aos demais grupos populacionais, como é o caso dos idosos, crianças, entre outros, também serão melhorados gradativamente com o passar dos meses. Pois mesmo que a intervenção terminando, ela simboliza o início de uma nova etapa na jornada de trabalho de cada um da equipe, facilitando o acesso e o acolhimento e proporcionando um atendimento humanizado não somente aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, mas também a toda a comunidade, e por isto o apoio de todos vocês é fundamental.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do trabalho no curso cumpriu minhas expectativas, embora no início fosse difícil pela diferença de idioma, o acesso à internet e as poucas referências sobre o estado de saúde da minha população, o decorrer da intervenção me permitiu interagir com a equipe, os usuários e as lideranças políticas e comunitárias, fazendo possível minha superação para enfrentar os poucos obstáculos que achei no caminho.

Ao enfrentar o ambiente virtual de aprendizagem oferecido pelo curso tive a oportunidade de conhecer e trocar conhecimentos e dificuldades com a minha orientadora através do DOE, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores no Fórum, aprender e atualizar conteúdos. Aproveitei os conhecimentos disponibilizados nos casos clínicos interativos e os estudos da prática clínica, as quais fizeram toda a diferença para o meu desempenho no dia a dia.

Tive algumas dificuldades durante o processo de elaboração da intervenção. Estive fora do Brasil durante dois meses por causa das férias, isto atrasou o desenvolver das atividades, mas pelo meu esforço consegui recuperar o tempo perdido. Recebi estímulo e motivação da minha orientadora e da equipe de saúde e com isso, consegui persistir no curso e realizar a intervenção, sendo possível chegar até aqui com a satisfação de dever cumprido.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil. De semana em semana foram novos aprendizados, novos materiais e muitas vezes sendo possível a construção gradual

do conhecimento por meio das tarefas elaboradas, das trocas de experiências ou simplesmente através de algumas dicas dadas pelos colegas e ou professores. Com isso, foi possível melhorar o meu desempenho no meu processo de trabalho, além de melhorar junto com a equipe a qualidade do atendimento prestado aos usuários.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram o trabalho em equipe, com atribuições específicas para cada profissional, o planejamento das ações em saúde, a organização da agenda da Estratégia Saúde da Família, o conceito e organização das consultas agendadas com melhora no atendimento à demanda espontânea.

Durante o curso aprendi que as ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, estes, obtidos da análise situacional. Por meio dos dados, é possível avaliar as necessidades da população e desta maneira, realizar ações para solucioná-las.

A especialização contribuiu no meu crescimento profissional e como pessoa, foi uma excelente base para a organização do trabalho diário, bem como servirá de suporte para o enfrentamento de possíveis dificuldades e avanços que a equipe vai enfrentar. Demonstrou que o trabalho integrado das instituições e a comunidade sempre favorecem o alcance de qualquer meta proposta em benefício da população. Enfim o curso e a intervenção trouxeram de volta a esperança de podermos ser a cada dia pessoas renováveis, com novas perspectivas e seres humanos melhores.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** (Cadernos de Atenção Básica n. 36). Brasília - DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus.** (Cadernos de Atenção Básica n. 37). Brasília – DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica.**(Cadernos de Atenção Básica, n.15) Brasília - DF, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diabete Mélitus.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Brasília – DF, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese das Informações – Cristalândia do Piauí – PI.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso em 10de outubro 2014.

DONABEDIAN, A. **Evaluation the quality of medical care.** Milbank Q. 1966; 44:166.

DONABEDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** Journal of the American Medical Association 1988; 260(12): 1743---8.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia, teoria e prática. **Serviços de saúde:** marco de referência para estudo do tema. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1995.

SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. **Avaliação em Saúde.** Bases Conceituais e Operacionais: Atributos da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

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 Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
Indicadores 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	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		➔	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		➔	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês de acompanhamento.					
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês					Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

***Estimativa no território**

População total		➔	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da popul	0		
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0	➔	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,62%) (VIGITEL, 2011)	0	➔	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante