

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou
Diabetes na UBS de Santos Anjos, Faxinal do Soturno/RS**

Guillermo Doimeadios Garcia

Pelotas, 2015

Guillermo Doimeadios Garcia

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou
Diabetes na UBS de Santos Anjos, Faxinal do Soturno/RS**

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

Orientadora: Rogéria Amaral dos Santos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

G216m Garcia, Guillermo Doimeadios

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS de Santos Anjos, Faxinal do Soturno/RS / Guillermo Doimeadios Garcia; Rogéria Amaral Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 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. Santos, Rogéria Amaral Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

A minha mãe Eumelia,
por guiar-me pelos sinuosos caminhos da vida e na busca do conhecimento.

Aos meus filhos Guillermo e Melissa,

Por eles vivo.

Agradecimentos

Os meus mais sinceros agradecimentos à minha orientadora Rogéria Amaral dos Santos pela sua sólida preparação e ajuda incondicional durante todo o desenvolvimento do curso.

Aos meus colegas da equipe e amigos que todo dia fazem parte da minha vida: Cassiane, Eliane.

Agradeço aos Agentes Comunitários de Saúde Denise, Denise Cherobini, Douglas, Jacira, Simone, que sem os seus esforços não poderíamos ter completado este trabalho.

A gestora Margarete Ferrari, que fez possível muitos de nossos resultados, com sua ajuda consciente e verdadeira.

Ao meu supervisor o Dr. Iliane Rezer Bertão por acreditar de coração no grande sonho de ter para o Brasil um sistema de saúde mais universal, mais integral e muito mais equitativo.

À minha nova família no Brasil, Luiz, Americano e Elena que me acolheram como mais um de seus filhos, os meus agradecimentos verdadeiros.

Finalmente a todo o pessoal que não foi citado, que direta ou indiretamente, contribuíram de alguma forma. Para eles todo o meu reconhecimento e gratidão.

Resumo

GARCIA, Guillermo Doimeadios. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS de Santos Anjos, Faxinal do Soturno/RS.** 2015. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças não transmissíveis constituem um problema de saúde global, sendo uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Entre elas se encontram duas de grande prevalência e de crescente incidência mundial: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. No Brasil esta realidade não é muito diferente e também na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santos Anjos, do município de Faxinal do Soturno, estado do Rio Grande do Sul, com uma população estimada de 2.680 habitantes, calculou-se uma prevalência de 408 (27,7%) para hipertensão e de 101 (5,6%) para diabetes. Diante disso, buscou-se melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, por meio de uma intervenção planejada para 12 semanas, no período de abril a junho de 2015. 283 pessoas com hipertensão e 68 com diabetes foram cadastrados na unidade, ampliando-se a cobertura até 69,4% e 67,3%, respectivamente, alcançando-se a meta de 65% e 50%. O exame clínico completo foi realizado a 250 (88,3%) dos usuários hipertensos e a 63 (92,6%) dos usuários diabéticos. Foi feito exames complementares a 225 (79,5%) usuários com hipertensão e 56 (82,4%) dos usuários diabéticos com apoio dos gestores da secretaria de saúde. Referentes à proporção de usuários que fazem uso de medicamentos procedentes da rede de Farmácias Populares foram 251 (89%) dos hipertensos e 67 (98,5%) de diabéticos. O resultado na avaliação da saúde bucal para ambos os grupos foi de 183 (64,7%) e 44 (66,7%). A adesão à intervenção foi um dos indicadores mais importantes e sempre o resultado do trabalho continuado e coordenado com os agentes comunitários e enfermeiros, cumprindo nossa meta de busca ativa a 47 (100%) usuários hipertensos e 10 (100%) diabéticos. O registro das informações nos prontuários e fichas de acompanhamento foi realizada para 273 (96,5%) hipertensos e 68 (100%) diabéticos. Todas nossas ações foram feitas com muita qualidade alcançando 100% da estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia tanto para usuários hipertensos e diabéticos, bem como para as orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, risco de tabagismo e higiene bucal. A intervenção foi de grande vantagem para a equipe, permitindo a coesão e aperfeiçoamento das dinâmicas de trabalho da unidade. O impacto da aplicação da intervenção para a comunidade foi muito favorável, recebendo benefícios na valorização e autoestima de indivíduos e comunidades. O trabalho terá continuidade até alcançar todas as metas propostas.

Palavras-chaves: atenção primária em saúde, saúde da família, doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1 – Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.	51
Figura 2 – Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.	52
Figura 3 – Gráfico de Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.....	53
Figura 4 – Gráfico de Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.....	54
Figura 5 – Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS de Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.	55
Figura 6 – Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.	55
Figura 7 – Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.	56
Figura 8 – Gráfico de Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Faxinal do Soturno/RS, 2015.	57
Figura 9 – Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.	58
Figura 10 – Gráfico de Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.	58
Figura 11 – Gráfico de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.	60

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CLS	Conselho Locais de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
PA	Pressão Arterial
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	14
2 Análise Estratégica.....	16
2.2 Objetivos e metas.....	16
2.2.1 Objetivo geral	17
2.2.2 Objetivos específicos e metas	17
2.3 Metodologia	19
2.3.1 Detalhamento das ações.....	19
2.3.2 Indicadores	37
2.3.3 Logística	42
2.3.4 Cronograma	44
3 Relatório da Intervenção	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	49
4 Avaliação da intervenção	50
4.1 Resultados	50
4.2 Discussão.....	63
5 Relatório de intervenção para os gestores	66
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	68
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	70
Referências	71
Anexos..	72

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo a Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santos Anjos, localizada no município de Faxinal do Soturno/Rio Grande do Sul.

Este volume engloba no primeiro capítulo a Análise Situacional, com a descrição da situação da Atenção Básica em Saúde e Estratégia de Saúde da Família no município de Faxinal do Soturno e as principais facilidades e dificuldades que estão relacionadas ao processo de trabalho na UBS Santos Anjos.

No segundo capítulo descrevemos a Análise Estratégica, que destaca o processo de organização do projeto de intervenção voltado para a melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes, o qual contém informações sobre os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma das ações.

No terceiro capítulo consta o Relatório da Intervenção que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas, a partir do relato das mesmas que foram realizadas integralmente e/ou parcialmente durante a intervenção.

No quarto capítulo é apresentado Resultados da Intervenção com representação de informações na forma de gráficos e a discussão desses resultados para a equipe, o serviço de saúde e a comunidade.

No quinto capítulo consta o relatório da intervenção para os gestores e no sexto capítulo, o relatório da intervenção para a comunidade.

E último capítulo consta uma reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem, a partir das minhas expectativas iniciais e vivenciadas ao longo do curso e ainda as seções de referências, apêndices e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Faxinal do Saturno, situado na Depressão Central, no coração do Rio Grande do Sul, entre o Jacuí a leste e a Serra de São Martino a oeste. Emancipado em 1959, Faxinal do Saturno possui uma área territorial de 169,945km². Sendo que possui um distrito: Santo Anjos e dezesseis localidades do meio rural: Novo Treviso, Linha Formosa, Chapadão, Linha 3, Linha São Luiz, Vila Santo Antônio, Olaria, Linha nova Palma, Tope, Sítio Alto, Sítio dos Melos, Três Bocas, Chapadão, Guarda Mor, Saxônia, Val Veronês.

Os municípios limítrofes são: Dona Francisca, Évora, Nova Palma, Silveira Martins e São João do Polêsine. A origem do seu nome vem do Rio Saturno, que banha suas terras, de nome sinistro, porém, doa-se em nome e riqueza, nas suas margens o arroz irrigado, nas partes altas o potencial energético.

Historicamente Faxinal do Saturno faz parte dos municípios da Quarta Colônia de Imigração italiana do Rio Grande do Sul, colonizado por imigrantes italianos, tem presença desta cultura, que se manifesta nos costumes, hábitos alimentação, nos monumentos e na vivência religiosa de sua gente. Ao mesmo tempo voltando para a modernidade com um desenvolvimento crescente. A população tem a economia alicerçada na agricultura, no comércio e na indústria, fazendo deste município não só centro geográfico, como comercial, que, aliado aos seus eventos, possui um forte atrativo turístico. As construções típicas da arquitetura colonial italiana, representadas por habitações e igrejas, são um legado que os imigrantes deixaram para o enriquecimento de sua história.

Segundo as informações do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 a Taxa de Alfabetização das pessoas de cinco anos ou mais era de 93,81%. Em 2012 existiam 112 matrículas no ensino pré-escolar da rede pública municipal, 816 matrículas no ensino fundamental, sendo que 620 da rede pública estadual, 190 na rede pública municipal e 188 matrículas do ensino médio na rede pública estadual.

Em relação ao saneamento do município, conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 10.207 dos domicílios não possuem água tratada, sendo que 788 do abastecimento da água são de rede pública. O destino do lixo, na maioria dos domicílios, é realizado por coleta pública, 969 domicílios e 991 dos domicílios utilizam a fossa como destino das fezes e urina.

Conforme o último censo do IBGE, Faxinal do Saturno em 2010 apresentava 6.672 habitantes, isto é, 3.274 homens e 3.398 mulheres (com uma estimativa para o ano 2013 de 6.647 pessoas), com densidade demográfica de 39.27 habitantes/km².

No ano de 2000, a base da pirâmide apresenta-se mais larga, indicando um número elevado de jovens em relação aos idosos, e a faixa etária de 05 a 19 anos era a mais predominante. De acordo com as pirâmides, percebe-se a tendência ao envelhecimento. No ano 2010, a pirâmide teve um aumento no seu corpo, havendo uma diminuição na base, indicando aumento da expectativa da vida e esperança de vida ao nascer. A faixa etária predominante é entre 40 a 49 anos.

As principais doenças são do aparelho: circulatório; respiratório; digestivo e geniturinário e transtornos mentais e comportamentais.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Faxinal do Saturno, situado na Depressão Central, no coração do Rio Grande do Sul, entre o Jacuí a leste e a Serra de São Martino a oeste. Emancipado em 1959, possui uma área territorial de 169,945km² e o distrito de Santo Anjos e dezesseis localidades do meio rural: Novo Treviso, Linha Formosa, Chapadão, Linha 3, Linha São Luiz, Vila Santo Antônio, Olaria, Linha nova Palma, Tope, Sítio Alto, sítio dos Mello, Três Bocas, chapadão, Guarda Mor, Saxônia, Val Veronês. Os municípios limítrofes são: Dona Francisca, Évora, Nova Palma, Silveira Martins e São João do Polêsine, possui um forte atrativo turístico, 6.647 habitantes, tendo uma

UBS sede e uma rural. Não contamos com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família, mas, possuímos um Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB). Não temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas.

As UBS não possuem vínculo com instituição de ensino. Seguem o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), possuindo 2 equipes, sendo 1 na UBS sede e uma na UBS rural. A UBS rural possui uma 1 enfermeira, 1 médico (Programa Mais Médicos), 1 técnica em enfermagem, 1 auxiliar em enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 dentista e 1 Auxiliar em Saúde Bucal.

A UBS apresenta uma boa estrutura, tantos para os usuários, quanto para os funcionários, tem salas de espera, banheiros adequados, inclusive com fraldário, sala de acolhimento, sala de vacinas e ambulatoriais e sala para os médicos com uma boa estrutura. Necessita-se de melhorias no material de curativos, precisamos de uma autoclave maior para esterilização do material, também sala de material de estoque, armários para guardar seus utensílios.

Temos disponibilidade de atenção especializada em serviços de traumatologia e oftalmologia, como uma referência no Estado, com disponibilidade de serviço hospitalar. Embora a população seja grande, a equipe consegue desempenhar bem seus atendimentos e suas atribuições.

A UBS rural apresenta 2.680 habitantes, sendo 1.315 homens e 1.364 mulheres. Conterá com uma nova equipe que fará atendimento, tanto na UBS, como nas visitas domiciliares.

A atenção à demanda espontânea é realizada de forma satisfatória, possui um bom acolhimento, pois, tem-se o agendamento com 4 médicos e também fichas para urgência, se necessário (crianças e idosos com febre, hipertensão e diabéticos).

Na UBS rural que faz parte dos Santos Anjos, Sítio Alto, Sítio Mello e Verde Teto, há crianças com faixa etária de 0 a 72 meses, somam 21 crianças, correspondendo a 66% da área de abrangência. Possuímos protocolos e prontuários, não temos médico (pediatra), a avaliação é realizada muitas vezes pela enfermeira e tanto a puericultura, como o atendimento das crianças com doenças é feito pelos clínicos gerais.

Quanto ao pré-natal, temos 40 gestantes, sendo 100% de cobertura, possuímos o grupo de gestante "Bebê a Bordo", sendo realizado o grupo de 15 em 15 dias, tendo uma médica ginecologista, sendo ela palestrante do grupo com apoio

de outros profissionais, não possuímos protocolo, apenas informamos no prontuário ou na carteira de gestante.

O programa de câncer de mama e de útero no município de Faxinal do Soturno tem o apoio da "Liga do Combate ao Câncer", sendo que as mulheres são acompanhadas pela médica ginecologista, algumas vezes, encaminhadas para outros locais, mas sempre retornando a Faxinal, contando às vezes com a busca ativa, não possuímos protocolo, todas as usuárias são registradas no prontuário e tem um bom acolhimento pela equipe, se fazem palestras sobre a importância da prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

No meio rural tem-se 408 hipertensos e 101 diabéticos, sendo que todos os hipertensos e diabéticos, que vem tanto na UBS, como captados em visitas domiciliares são acompanhados, todos os usuários são orientados e avaliados. Registramos todos os usuários nos prontuários, também usamos o cartão do usuário diabético e hipertenso. Realizamos 1 vez no ano um grupo para toda a comunidade, para realizar o Hemoglicoteste (HGT) e falar sobre orientações tanto de enfermagem, quanto nutricionais. O médico também faz orientações e sempre pede controle da Pressão Arterial (PA) por 10 dias, pede também o retorno do usuário. Não possuímos protocolo e nem o grupo de Cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), mas estamos fazendo um projeto para colocar um grupo na comunidade chamado Educação com Saúde. Existem alguns grupos com nutricionista e também com o NAAB, que os usuários participam na comunidade 1 vez por mês.

Na ESF rural temos 60 idosos, sendo muitos agricultores. Trabalhamos em atividades de promoção e prevenção de saúde, não possuímos protocolo na UBS, mas possuímos os prontuários e também a caderneta do idoso, pois sempre que o idoso vai até a Unidade são preenchidas e também nas visitas a eles, temos o acompanhamento dos ACS. Possuímos ainda o Conselho Municipal de Saúde (CMS), onde ocorrem reuniões uma vez por mês, participam o representante do hospital, da unidade de saúde, da brigada conselheira e da comunidade, todos podem ter acesso, falar sobre a violência contra o idoso e demais temas importantes.

A atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos o diagnóstico, tratamento e reabilitação, redução de danos e

a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. O município aderiu ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Não tem protocolos que auxiliem na organização do processo de trabalho no cuidado aos usuários câncer de colo do útero, câncer de mama, pré-natal, cuidados as crianças menores de 2 anos (crescimento e desenvolvimento), hipertensão arterial, diabetes Mellitus, tuberculose, hanseníase, saúde mental. Recomendamos a utilização desses protocolos, que as consultas de pré-natal sejam agendadas no mesmo dia, pois assim será aproveitado para a realização dos grupos de gestantes, nos quais serão abordados temas importantes de educação em saúde e assistência pré-natal uma hora antes dos atendimentos. Enfatiza-se a necessidade de mudança de paradigmas no que concerne a percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família, além dos aspectos educacionais, entre outras ações. Fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles, realizar ações de promoção e prevenção de saúde, ações educativas na prevenção de acidentes e doenças relacionadas à saúde do trabalhador.

Na Unidade de Saúde há atendimento de Saúde Mental e Psiquiatra, um profissional com 40 horas e outro com 10 horas. De acordo com a psicóloga, o maior público para o atendimento são mulheres de 30 a 80 anos de idade. Em relação à atenção a pessoa com deficiência, a Secretaria de Saúde do município juntamente com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) possuem o projeto de equoterapia "No Galope do Cavalo" para as crianças, jovens e adultos especiais, variando de 4 a 45 anos, sendo a frequência da atividade uma vez por semana, em torno de 30 minutos para cada usuário, tendo como responsáveis pelo projeto uma psicóloga e uma educadora física. Aos usuários ostomizados e portadores de incontinência urinária e fecal são fornecidos bolsas de colostomia e absorventes, além disso usuários prostrados que precisam de fraldas também são ajudados através do Programa Estadual de Assistência Complementar ao usuários Ostomizados e Portadores de Incontinência Urinária e Fecal, são realizadas atividades de educação em saúde e qualidade de vida a estes usuários. Assim, como o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de

vida individual e coletiva, como exemplo, oficinas, teatro, dança, música, trabalhos manuais, artesanato, pintura, costura, etc.

Dispõe-se um dia da semana o carro para a execução das atividades da vigilância em saúde, muito importante para a melhoria das comunidades, realizar capacitação dos ACS sobre orientações básicas em relação ao uso de medicamentos, prevenção, promoção e reabilitação de saúde das comunidades. Recomenda-se a contratação de técnico odontológico, mas é um dos problemas mais importantes da minha unidade de saúde, e ainda não há previsão de contratação.

Durante este tempo de trabalho na minha população tenho tido muitas experiências e dúvidas, que ainda não tenho resposta. Por exemplo: eu acho muito bom o trabalho dos ACS, mas é importante também as visitas domiciliares semanais para todos os usuários da área e não só para idosos, doentes ou faltantes as consultas. Precisamos conhecer o jeito de vida de cada família de nossa área de abrangência, já que muitas doenças são provocadas por problemas ambientais que podem ser modificados. Agora precisamos começar a trabalhar em nossa nova UBS, fazer as mudanças necessárias para melhorar o acolhimento e atendimentos dos usuários. Continuar o trabalho com os grupos, fazer mais visitas domiciliares, o planejamento de atividades de educação em saúde para toda nossa população.

A situação da UBS melhorou sim, analisamos o trabalho com os grupos, que agora é feito de maneira sistemática, as visitas domiciliares que também são feitas semanalmente com médico, enfermeira, ACS e qualquer outro profissional. Ainda precisamos trabalhar mais com nossa população, pois temos que tentar mudanças de estilos de vida, credibilidade na educação em saúde, promover e levar conhecimento para todas as pessoas acerca das doenças, prevenção das mesmas e regularidade dos tratamentos nas pessoas com doenças crônicas. Além de fornecer o trabalho da equipe através das reuniões mensais, monitorando a qualidade do serviço e respeitando o planejamento das ações para cada mês.

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

Ao estabelecer o paralelo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional, consideramos que existe uma grande diferença entre o antes e o depois,

quando fizemos o texto inicial apenas tínhamos experiência e conhecimento do funcionamento do SUS neste país. Ao longo do curso fomos estudando os documentos, questionários, que foram fornecidos relacionados com as estruturas e funcionamentos das UBS, as leis que regem o SUS, entre outros aspectos, permitiram vir fazendo as mudanças necessárias na melhoria de nosso trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 justificativa

Doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são de grande importância no Brasil, pois constituem as primeiras causas de morte na população de 20 anos e mais. Geralmente a maioria dos usuários hipertensão e diabetes morrem devido às complicações destas doenças e afetam órgãos alvos como cérebro, coração, rins, olhos e nervos periféricos. No Brasil a DM associada a HAS são responsáveis pela principal causa de mortalidade e hospitalizações na população (BRASIL, 2013). A Atenção Primária em Saúde (APS) pode ser a primeira e principal barreira no controle destas doenças, principalmente atuando sobre os fatores de risco que as originam e modificar, o que é foco do nosso trabalho.

Nosso projeto de intervenção será realizado na população de Santos Anjos, município Faxinal do Soturno, Estado Rio Grande do Sul. Com uma população total de 2.680 habitantes, sendo que a estimativa é de 347 (58%) com 20 anos ou mais que sofrem de hipertensão, que são acompanhados na UBS e também 65 (38%) com DM. A UBS apresenta uma boa estrutura, tanto para os usuários, quanto para os funcionários, tem salas de espera, banheiros adequados, sala de acolhimento, sala de vacinas e ambulatoriais e sala para os médicos. A UBS tem 2 equipes, sendo 1 na UBS sede e uma na UBS rural. A UBS rural possui uma 1 enfermeira, 1 médico (Programa Mais Médicos), 1 técnica em enfermagem, 1 auxiliar em enfermagem, 6 ACS, 1 dentista e 1 Auxiliar em Saúde Bucal.

Acontece que muitas pessoas em algum momento da sua vida têm alguma manifestação clínica de pressão alta ou transtorno de glicose, o que é comum nesta comunidade rural do município, onde a descendência de origem italiana faz com que moradores tenham hábitos e costumes que condizem a literatura científica (maus hábitos alimentares, falta de atividade física, alcoolismo e tabagismo), causando

além destas patologias citadas, doenças oportunistas como dislipidemia e problemas cardíacos. A falta de informação, baixo grau de escolaridade e o difícil acesso à unidade de saúde contribuem para aumento da evolução dos casos, dificultando a prevenção do diagnóstico.

Assim, a educação em saúde se torna ferramenta indispensável para promoção e prevenção à saúde, diminuição da morbimortalidade destas doenças, bem como detecção e prevenção de casos novos. Para isso nossa ESF rural trabalha com grupos de diabéticos e hipertensos (intervenções preventivas), encaminhamento para especialistas (conforme a necessidade), e aquisição de medicamentos na Farmácia Popular. Com este trabalho pretendemos oferecer atenção aos 100% dos casos já diagnosticados e diagnosticar os portadores sem acompanhamentos que existem em nossa comunidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS de Santos Anjos, Faxinal do Soturno/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na UBS Santos Anjos, no município de Faxinal do Soturno/RS. Participarão da intervenção 2.680 usuários residentes na área de abrangência da UBS, 408 pessoas com HAS e 101 com DM.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS;

Meta 1.2 Cadastrar 50% dos usuários diabéticos que participam do projeto.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

- ✓ Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.
- ✓ Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Detalhamento:

- O monitoramento será feito todos os dias com uma avaliação semanal das fichas dos que participam do projeto pelo médico e a enfermeira da equipe. Para isso toda sexta-feira a equipe terá uma reunião. Vamos conferir os resultados da semana e elaborar um registro com todos os dados dos que participam do projeto para facilitar o controle.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

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

Detalhamento:

-Vamos trabalhar com as fichas-espelhos que foram fornecidas pelo curso para cada usuário que participará do projeto. A ficha será preenchida pelo médico e pela enfermeira da equipe desde a consulta inicial de adesão ao projeto. Os dias de consulta serão todas as segundas-feiras de manhã e quintas-feiras no horário da tarde em nossa unidade, e terças, quartas e sextas-feiras na unidade central. As pessoas que vão participar do acolhimento serão preparadas tecnicamente no início do projeto. Vamos garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicosímetro na unidade de saúde. Garantir a calibração dos equipamentos médicos de uma oficina na Secretaria de Saúde feita pela enfermeira da equipe sobre as necessidades de equipamentos para garantir as mensurações nos programas e a calibração dos mesmos com uma periodicidade mensal.

Engajamento público.

Ações:

- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.
- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- ✓ Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- ✓ Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

- Informar a toda a comunidade, hipertensos e diabéticos sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde, realizando palestras, ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento, visitas domiciliares e conversas na população, escolas, clubes. Informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente através de palestras dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal, aproveitando os dias de atendimento e inclusive nos atendimentos de odontologia. Pensamos solicitar a gestora por ofício o material para a elaboração de cartazes para a educação sanitária da população, que serão distribuídos nas consultas e visitas domiciliares. Orientar os usuários e a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. 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 cada jornada de trabalho de todos os integrantes da equipe. Orientar e dar informação a toda a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e enviar ofício a gestora pela enfermeira da equipe para a elaboração de cartazes para a educação sanitária da população. As palestras serão realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento.

Qualificação da prática clínica.

Ações:

- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

Detalhamento:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos que irão participar do projeto de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como os principais fatores de risco à clínica e sintomas mais frequentes das duas doenças e planejar por parte do médico e enfermeira da equipe, duas sessões de capacitação sobre o tema escolhido ao início da intervenção. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e o uso adequado do glicosímetro. Oferecer por parte da enfermeira da equipe duas sessões de capacitação sobre o tema escolhido ao início da intervenção. Será teórico-prático para avaliar os conhecimentos dos aprendizados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

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

Detalhamento:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos que vão participar do projeto, imprimindo e estabelecendo o protocolo de boas práticas clínicas, assim como avaliar as fichas dos que participam do projeto por parte do médico e a enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, que será feito pelo médico e a enfermeira da equipe com uma avaliação semanal das fichas dos que participarão do projeto. Para isso serão confrontados os exames indicados e os resultados. Será avaliado pelo ACS médico e enfermeira da unidade semanalmente, as fichas dos que participam do projeto, para conferir os que receberam a medicação; também será utilizada a base de dados da dispensação da farmácia. Será monitorado por meio dos atendimentos e pelos registros na ficha espelho a necessidade de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

- ✓ Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos
- ✓ Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- ✓ Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- ✓ Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- ✓ Garantir a solicitação dos exames complementares.

- ✓ Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- ✓ Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados
- ✓ Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- ✓ Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, na primeira reunião da equipe cada membro vai ficar sabendo o que corresponde fazer no projeto e tudo será discutido e avaliado nesse momento. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, na qual serão estabelecidas duas horas semanais e os responsáveis serão médico e enfermeira da UBS. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, a capacitação será mantida semanalmente durante os quatro meses da intervenção, realizada pelo médico e a enfermeira da equipe de acordo as necessidades de aprendizagem identificadas no curso do trabalho. O monitoramento será semanal mediante avaliação das fichas dos envolvidos no projeto, pelos ACS, o médico e a enfermeira da equipe aos que os exames complementares sejam indicados. Conferir no registro dos dados. Será enviado ofício à gestora municipal pela enfermeira da equipe no início da intervenção, solicitando agilidade na realização dos exames laboratoriais dos que participam do projeto. Será estabelecido pela equipe de profissionais mediante uma análise semanal do registro de dados, um sistema de alerta que permita identificar os que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados. O sinal de alerta será um círculo na data correspondente. A cada quinze dias serão conferidos pelos ACS e pela enfermeira os medicamentos irão receber uma tarjeta com os dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle. Serão estabelecidos por parte da enfermeira da equipe as necessidades de medicamentos para garantir quantidade suficiente em estoque para segurança de resposta mensal dos mesmos para todos os usuários que participam do projeto. Alimentar a base de dados com esta informação e avaliar a mesma mensalmente. Desde o primeiro atendimento o médico e a enfermeira irão realizar avaliação bucal para identificar alguns problemas de saúde bucal que precisarão de acompanhamento com o dentista; estas informações serão registradas na ficha espelho e será solicitado o

atendimento para o dentista nesse momento. O dentista da área fará o agendamento das consultas que serão avaliadas semanalmente na reunião da equipe.

Engajamento público.

Ações:

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HiperDia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, bem como sobre os riscos das doenças, de maneira que serão realizadas orientações pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento e visitas domiciliares. Sobre a necessidade de realização de exames complementares será orientada a comunidade por meio de rodas das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, dentista, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimentos, nas escolas e nas casas. Será enviado ofício

a gestora pela enfermeira da equipe para a elaboração de folders e cartazes para a educação sanitária da população em relação às necessidades de realização de exames complementares. A orientação sobre periodicidade de realizar os exames complementares será realizada pelos ACS, dentista, auxiliar de enfermagem, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimentos, visitas domiciliares, grupos de Hiperdia e conversas na população. Sobre o direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, a comunidade será orientada por meio de conversas realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimento, as visitas e outras atividades na comunidade e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos a comunidade será orientada por meio de conversas realizadas pelos ACS nas microrregiões também na UBS. Isso competirá aos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos clínicos e odontológicos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica.

Ações:

- ✓ Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- ✓ Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- ✓ Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- ✓ Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Detalhamento:

- A atualização profissional no tratamento da hipertensão e diabetes será realizada com uma capacitação teórico-prática no início da intervenção sobre tratamento dos usuários HAS e DM, em que participarão todos os integrantes da equipe. A equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia pelo médico da UBS, bem como sobre as alternativas locais para o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. A capacitação da equipe sobre a solicitação de exames complementares será realizada no início da intervenção pelo médico da UBS. Para isto será utilizado o protocolo de HAS e DM que ficam a dispor na UBS. Realizar

uma atualização no início e na metade do projeto por parte do médico e a enfermeira da equipe sobre o tratamento das duas doenças na unidade. Será capacitada a equipe para identificar alguns problemas de saúde bucal. Isto será feito pelo dentista da UBS e acontecerá no início da intervenção. Será utilizado todo o material do qual ele dispor para facilitar o entendimento deste tema.

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ações:

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

Detalhamento:

- Será feita da avaliação semanal do cumprimento da consulta pelo médico, enfermeira e ACS da UBS por meio da revisão das fichas espelhos dos que participam do projeto.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

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

Detalhamento:

- Toda segunda-feira os ACS receberão as informações pela enfermeira da equipe dos faltosos às consultas na semana anterior e priorizarão visitas para garantir nova data para a consulta na semana seguinte. O médico e a enfermeira agendarão

espaços em todos os turnos de trabalho para o acolhimento dos procedentes da busca pelos ACS.

Engajamento público.

Ações:

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

Detalhamento:

- Serão realizadas palestras pelo médico e enfermeira da equipe, ACS e equipe em geral com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento o trabalho com os grupos e as visitas domiciliares para informar a comunidade sobre a periodicidade das consultas. Será estabelecido um espaço de escuta para a população mencionar as estratégias de melhorias do projeto durante os grupos de Hiperdia, nos dias de atendimento na UBS e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Serão discutidas propostas de modificação do atendimento e de funcionamento dos grupos de Hiperdia de acordo as suas necessidades para diminuir os faltosos aos atendimentos; participarão todos os profissionais da equipe e a população dos bairros de abrangência da UBS.

Qualificação da prática clínica.

Ações:

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

Detalhamento:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade em técnicas participativas, para tanto

será realizado um treinamento teórico-prático no início da intervenção pelo médico da equipe, com a atualização sobre técnicas participativas e como sensibilizar os usuários com HAS e DM para a participação nas consultas com a periodicidade estabelecida, desse modo, participarão todos os integrantes da equipe.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ações:

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

Detalhamento:

- A qualidade dos registros será monitorada semanalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante análise dos registros nas fichas espelhos.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

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

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

Detalhamento:

- Será estabelecida a sexta-feira como dia para atualizar o SIAB. Neste dia as informações das fichas serão transcritas no sistema de informação pela Enfermeira. Será implantada a planilha registro disponibilizada pelo curso desde o início da intervenção, em que o médico e a enfermeira transcreverão os dados das fichas espelhos semanalmente. As responsabilidades individuais de cada membro da equipe para com o registro das informações serão pactuadas mediante reunião com a equipe, no início da intervenção e também será elencado o profissional que responsável pelo monitoramento dos registros de cada uma das informações. Será elaborado pelo médico e a enfermeira do projeto um registro de dados que permita alertar 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, sendo anexados nas fichas-espelhos estes sinais de alerta, circulando a situação preocupante nesse momento a fim de facilitar as buscas destes e maior acompanhamento por parte da equipe.

Engajamento público.

Ações:

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

Detalhamento:

- Será realizada por parte do médico e enfermeira da equipe uma palestra com periodicidade mensal, aproveitando também os dias de atendimento e as visitas domiciliares para que conheçam como funciona o registro de atendimentos, quem preenche os dados e como se manter organizado e atualizado.

Qualificação da prática clínica.

Ações:

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

Detalhamento:

- 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, incluindo todos os procedimentos clínicos nas consultas e participarão todos os integrantes da equipe.

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ações:

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

Detalhamento:

- Será monitorado mensalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante a avaliação e revisão da ficha espelho e qualidade dos registros com todos os dados solicitados, incluindo estratificação de riscos.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

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

Detalhamento:

- Será priorizado o atendimento dos identificados com risco para garantir atendimento com mais frequência e serão atendidos sempre que precisarem ou tiverem algum sintoma, além de mapeamento da pressão arterial, curva de peso, hemoglicoteste e consulta agendada. Para isso, serão disponibilizados espaços na agenda de maneira que poderemos garantir o atendimento com a frequência que precisarem os identificados com risco.

Engajamento público.

Ações:

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

Detalhamento:

- Será orientado o usuário durante o atendimento individual pelo médico e enfermeira da UBS sobre os riscos que o acometem e também por meio de palestras que serão feitas pelo médico e enfermeira da equipe, nutricionista, ACS, com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento, os grupos de Hipertensão e as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica.

Ações:

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

Detalhamento:

- Será realizado um treinamento da equipe no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe sobre o preenchimento do escore de Framingham para estratificar riscos e lesões em órgãos alvo. Para isso serão utilizados exemplos com casos clínicos. Será realizada uma palestra pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e sobre a importância do registro desta avaliação para diagnóstico precoce e tratamento adequado, assim como avaliação por outros especialistas.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.
- ✓ Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.
- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- ✓ Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- ✓ Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento:

- As orientações sobre nutrição adequada, atividade física regular, riscos do tabagismo, consulta odontológica em dia para estes usuários serão monitoradas

pelo médico e a enfermeira da equipe por meio dos registros, com uma periodicidade quinzenal.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

- ✓ Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.
- ✓ Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- ✓ Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- ✓ Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.
- ✓ Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- ✓ Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- ✓ Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- ✓ Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- ✓ Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- ✓ Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- ✓ Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento:

- Será realizada pelo menos uma prática coletiva sobre alimentação saudável por mês com a participação da nutricionista do município e toda a equipe juntamente com a comunidade. Será enviado pelo médico da equipe um ofício à gestora para solicitar a presença da nutricionista em tais atividades. Será realizada uma atividade esportiva semanal desde o início da intervenção, coordenada pelo NAAB, em que também participarão integrantes da equipe. Será enviado ofício no início da intervenção à gestora municipal pelo médico da equipe, demandando parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade física dos hipertensos e diabéticos. Também se montará grupos de tabagistas. Será enviado ofício no início

da intervenção à gestora municipal pelo médico da equipe, demandando a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A agenda da atenção à saúde bucal será organizada de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos e será estabelecida uma parceria com o odontólogo da equipe para oferecer atendimento segundo seu planejamento semanal. Será priorizado o atendimento dos identificados com sinal de alerta para risco de saúde bucal. Estes serão acompanhados com a frequência estabelecida pelo dentista da unidade. Será demandado mediante um ofício à gestora a parceria com outras especialidades odontológicas para o tratamento dos hipertensos e diabéticos que precisarem.

Engajamento público.

Ações:

- ✓ Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- ✓ Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- ✓ Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- ✓ Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- ✓ Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- ✓ Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- ✓ Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

- Diabéticos e hipertensos e seus familiares serão orientados sobre a importância da alimentação saudável, por meio de palestras realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal, além de aproveitar os dias de atendimento e visitas domiciliares, também os grupos de Hiperdia. Sobre a importância da atividade física regular serão realizadas duas palestras pela enfermeira da equipe no início da intervenção com a participação de todos os profissionais. Serão realizadas duas palestras pela enfermeira da equipe no início da

intervenção sobre o risco e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Serão realizadas duas palestras pelo odontólogo da equipe na comunidade para a procura de parcerias para o tratamento odontológico e o apoio de outros setores.

Qualificação da prática clínica.

Ações:

- ✓ Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.
- ✓ Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- ✓ Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

- A capacitação da equipe será realizada pela nutricionista da equipe por meio de duas palestras no início da intervenção sobre práticas de alimentação saudável, participarão todos os profissionais. Será realizado um treinamento pelo médico e a enfermeira da equipe e psicóloga do município sobre metodologias de educação em saúde no início da intervenção, em que participarão todos os profissionais e será feita uma conversa para se certificar se todo o pessoal está ciente sobre o trabalho a fazer. Será realizado treinamento teórico-prático no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular. Será capacitada a equipe por meio de um treinamento teórico-prático no início da intervenção pela psicóloga do município sobre o tabagismo. Será realizado um treinamento teórico-prático no início da intervenção pelo odontólogo da equipe, sobre o tratamento bucal do hipertenso e diabético.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência Programa de Atenção à HAS e à Diabetes da Unidade de Saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3. Logística

Para que nosso trabalho seja feito com a qualidade que precisamos, vamos adotar o protocolo do Ministério de Saúde (MS) 2013 e os Cadernos de Atenção Básica em Saúde nº. 36 e 37 que ficam à disposição na unidade para ser utilizado por todos os profissionais. Convocar toda a comunidade para informar sobre o projeto de intervenção, e também ao Conselho Local de Saúde (CLS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS), além de envolver as instituições sociais da área em nosso trabalho. Além disso, vamos aproveitar cada contato com os usuários nas visitas domiciliares, atendimentos, nas ruas, escolas, igrejas e outras instituições para divulgar a realização do projeto. A gestora de saúde será convidada para participar na apresentação do projeto na reunião da equipe, em que serão feitas as solicitações diversas dos recursos que vamos precisar para realizar a intervenção.

Temos que elaborar folders, manter calibradas balanças e esfigmomanômetro, e inclusive garantir novos para repor, caso seja necessário. Lamentavelmente não contamos com registro de hipertensos e diabéticos em dia, algumas fichas existem na unidade, mas não temos a informação necessária que vamos precisar. Além disso, não ficam atualizadas com a qualidade requerida. Por este motivo será feito novo cadastramento da população e vamos utilizar as fichas-espelhos fornecidas pelo curso que contém todos os dados necessários e que vão ser preenchidos em cada atendimento oferecido. A estimativa de fichas necessárias para a intervenção é de 509 fichas.

Com os grupos de Hiperdia o médico vai fazer atividades a cada quinze dias nas sextas-feiras à tarde em cada comunidade, e as visitas domiciliares todas as quintas-feiras pela manhã. Os atendimentos na unidade serão segundas-feiras pela

manhã e quintas-feiras à tarde, e na unidade central de saúde, terça-feira todos os dias, quarta-feira pela manhã e sexta-feira pela manhã. Os atendimentos serão na unidade central com agendamento das consultas, cinco agendados e cinco por demanda espontânea serão agendados todas as terças-feiras de cada semana pela manhã, sendo agendada toda semana com prioridade para idosos, deficientes e crianças. Para realizar as visitas e grupos vamos precisar ter garantido o transporte, pois em nossa unidade contamos com muitas comunidades longes e de difícil acesso, que certamente só receberão atendimentos nas atividades planejadas nas comunidades.

Também vamos providenciar com a gestora da saúde um computador com impressora, pacotes de folhas de ofício suficientes, canetas, lápis, bolachas, e tinta para impressora. Além de colaborar com os agendamentos das consultas da psicóloga e nutricionista necessárias para realizar as atividades de promoção de saúde e participar conosco das atividades na população. Todos os profissionais da equipe irão participar da intervenção. O acolhimento será responsabilidade de todos, também a divulgação do projeto na comunidade e o esclarecimento de dúvidas com respeito ao bom desenvolvimento do mesmo. Orientações de qualidades também e responsabilidade de todos. Ficou responsável pelo monitoramento das ações a enfermeira. Revisar os registros, confeccionar as fichas-espelhos compete ao médico e enfermeira, e supervisionar o trabalho feito durante a semana é responsabilidade de todos.

Vamos confeccionar um registro de atividades coletivas que serão feitas pela equipe de saúde na comunidade e que serão atualizados a cada semana para avaliar o desenvolvimento do projeto. Na unidade tem uma balança para adultos já calibrada, existe esfigmomanômetro e estetoscópio para o médico e outro para a enfermeira, além de dois glicômetros, usado pela enfermagem.

Os ACS farão a busca ativa dos faltosos com visitas domiciliares que serão agendadas para cada semana. Serão coletadas e preenchidas todas as informações nas planilhas pelo médico. Contamos com os recursos materiais necessários para realizar exame físico completo como esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, balança, e brevemente a gestora de saúde irá garantir a realização de exames segundo agendamento. O material de consumo (folhas, tinta, canetas, lápides, bolachas, cadernos) já está garantido, e para a divulgação do projeto temos planejado um conjunto de atividades como oferecer uma palestra na comunidade,

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações foram planejadas para 16 semanas, mas por causa do atraso dos especializados no retorno das férias foi necessário reduzir para 12 semanas, o que atrapalhou um pouco o planejamento. Os dados para o projeto de intervenção foram coletados durante o mês de abril, maio, junho e uma semana de julho do ano em curso, seguindo as ações do cronograma, previamente elaborado.

Na reunião apresentou-se o projeto de intervenção, seus objetivos e as possíveis ações, conforme o cronograma do projeto e agendadas as reuniões da equipe para todas as quartas-feiras, momento em que foram avaliados os resultados da semana, assim como planejada as novas tarefas da próxima semana e também se discutiram os casos mais relevantes em busca de soluções possíveis. Durante o período da intervenção foram realizadas visitas na área de abrangência e conseguimos cadastrar todos os usuários do interior (Santos Anjos, Sítio dos Mello, Guarda Mor, Sítio Alto, Saxônia, Verde Teto), cada um numa terça-feira, de todas as semanas. Os objetivos foram a busca ativa dos usuários faltosos à consulta, controle e seguimento dos mesmos, assim como promoção das ações de saúde e prevenção de doenças e suas complicações.

Na primeira semana do mês de abril foi feita a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM e da equipe de trabalho sobre o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos usuários. Foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática e se deu início ao cadastramento dos diabéticos e hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS e aos atendimentos clínicos dos diabéticos e hipertensos e as visitas planejadas. Minha equipe de saúde foi conformada no mês de março, porque não havia equipe completa anteriormente, e

também os ACS que só ficava uma, de seis ACS que precisava para ocupar toda área de abrangência do interior.

Até o momento foram realizadas com muito sucesso ações como: palestras educativas dentro da UBS e nas comunidades com a participação de profissionais, como a nutricionista e a psicóloga, assim como nossa equipe de saúde. Em nosso município foi realizada a VX Conferência Municipal de Saúde, em que houve várias representações da prefeitura, conselho de saúde, líderes da comunidade, com uma representação de mais de 150 pessoas. Aproveitei a oportunidade para conversar com os usuários sobre a nossa intervenção, seus objetivos e ações já desenvolvidas.

O exame físico dos usuários, aferição de sinais vitais, avaliação dos diários de alimentação em que cada usuário descreve sua alimentação diária e incluem os horários de consumo, permitem identificar os problemas e pactuar orientação nutricional individual. Isso foi e é realizado com apoio da nutricionista que sempre esteve disposta para nos ajudar. Também foram realizados exames de rotina, avaliação oftalmológica e odontológica, tudo em correspondência com as possibilidades da secretaria de saúde com prévia comunicação com a gestora.

Também realizei capacitação de toda a equipe de saúde sobre o protocolo do MS de HAS e DM na primeira semana da intervenção com 100% de participação e iniciei um processo de promoção à saúde de caráter contínuo, o qual foi muito interessante e necessário, baseado na conscientização dos familiares dos usuários e da comunidade em geral com boa aceitação e ótimos resultados, contando com apoio de nossa equipe, em especial das ACS, para conquistar estilos de vida saudável em cada núcleo familiar, como alimentação adequada, prática de exercícios para evitar o sedentarismo, assim como diminuição do consumo de álcool e tabagismo.

As ACS empenharam-se bastante durante todo processo de coleta de dados, avisando a comunidade sobre a busca ativa, estando presentes nas datas marcadas junto à comunidade, nas nossas reuniões e na atualização da ficha-espelho dos usuários e no cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos. Os registros da intervenção foram ótimos e atualizados para 100% dos usuários cadastrados. O monitoramento dos registros foi feito semanalmente para ter o controle dos usuários com exames ou outras avaliações pendentes e assim planejar novas ações até conseguir a atualização dos registros de cada um destes usuários. Nossa

comunidade ficou muita envolvida e motivada com o projeto, com participação ativa nas ações planejadas. É válido explicar que nossa população está concentrada em bairros do interior, com costumes e dificuldades de acesso à unidade de saúde, também possuem poucos anos de estudo, desorganizados, sem líderes comunitários que os representem, os líderes que se podem identificar são os pastores das igrejas dos bairros. Foram feitas algumas atividades fora da estrutura da UBS, como as palestras planejadas numa das microáreas (no ginásio) do mesmo bairro. Todas as ações planejadas para nosso projeto foram realizadas e atingiram êxito!

Durante todo o processo de coleta de dados algumas dificuldades foram encontradas no percurso, inicialmente com as férias das ACS no primeiro mês da intervenção e logo outras, como as dificuldades de transporte e as condições climatológicas pela presença de alguns dias de chuvas intensas. A realização dos exames solicitados correspondeu às expectativas da equipe de trabalho, mas isso foi graças ao trabalho em equipe multiprofissional e a gestão de nossa Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por que sabemos que a demanda em relação aos exames e consultas especializadas do município é muito grande. As reuniões aconteceram como previstas, todas as quartas-feiras. Nelas conversamos e apontamos nossas falhas para dar continuidade ao trabalho, e cada vez mais melhorar e qualificar nosso atendimento.

Houve problema com o transporte para fazer visitas domiciliares, o qual foi avaliado com a secretaria de saúde e solucionado com apoio de outro carro. Além disso, tive dificuldade para realizar algumas ações, como a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Isso ocorreu por falta de integração do dentista no projeto. Mas por iniciativa, o médico fez a avaliação odontológica (parcial) dos usuários, para dessa maneira melhorar o seguimento, facilitando o encaminhamento odontológico, se necessário.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldade na coleta de dados relativos à intervenção, pois os instrumentos fornecidos pelo curso foram claros e de muita utilidade. Contamos com as ferramentas necessárias e informatização. O cálculo dos indicadores foi feito automaticamente na planilha de coleta de dados, o que favoreceu o trabalho consideravelmente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O projeto continua por que faz parte de nossa rotina de atendimento diário e foi bem aceito, tanto pelos profissionais da unidade, quanto pela comunidade, pois temos melhorias no acolhimento dos usuários, bem como uma atenção completa e adequada para um melhor seguimento e controle dos mesmos. Também houve mudança na vida diária dos usuários e transformação na rotina de saúde deles, e isso nos permitiu fazer uma avaliação dos meses de trabalho. A equipe manifestou interesse em intervir também em outra ação programática muito importante em nossa comunidade como Saúde Mental, Obesidade, considerando-o proveitoso para todos nós da equipe, e para a população em geral. Quanto aos profissionais, ganhamos uma equipe mais unida e satisfeita com nosso projeto.

Sabemos que nosso município tem muito a avançar em relação à saúde. A jornada é longa, os desafios são muitos, mas sabemos que aos poucos chegaremos lá, porque acreditamos e confiamos no Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema mais qualificado e resolutivo para os usuários da saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Finalmente concluímos a intervenção após de 12 semanas e foi sobre a Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS de Santos Anjos, Faxinal do Soturno/RS. O total da população adstrita é de aproximadamente 2.680, deles com os diagnósticos antes mencionados 408 usuários com HAS e 101 usuários com DM. As principais metas propostas foram: elevar a cobertura de atendimento para usuários hipertensos cadastrados até 65% e para usuários com diabetes cadastrados até 50%, metas que foram cumpridas, motivadas fundamentalmente por todo o trabalho em conjunto de nossa equipe de saúde, principalmente dos ACS.

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

Meta 1.1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Ao longo destas semanas do projeto mantivemos um incremento gradual e constante do número de usuários hipertensos cadastrados. Conforme vemos na Figura 1, no primeiro mês foi cadastrado um total de 98 (24%) hipertensos, no segundo mês 169 (41,4 %) e no terceiro mês de 283 (69,4%), cumprindo nossa meta, que foi de 65% dos usuários hipertensos cadastrados.

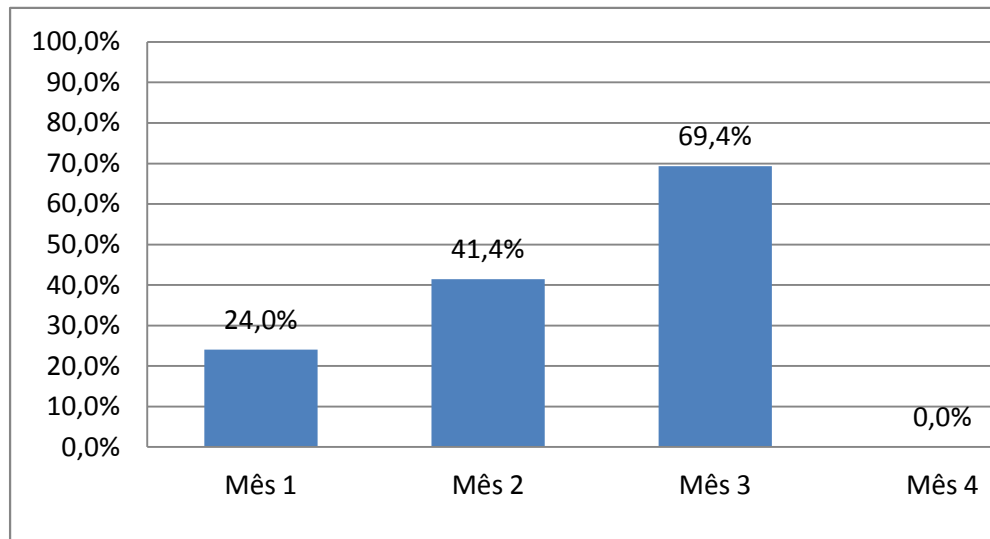


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Mantivemos um incremento gradual e constante do número de usuários Diabéticos cadastrados conforme vemos na Figura 2: no primeiro mês foi cadastrado um total de 24 usuários (23,8%), no segundo mês 49 (48,5%) e no terceiro mês 68 (67,3%), cumprindo nossa meta que foi de 50% dos usuários diabéticos cadastrados, com um trabalho importante de nossas ACS e equipe de forma geral.

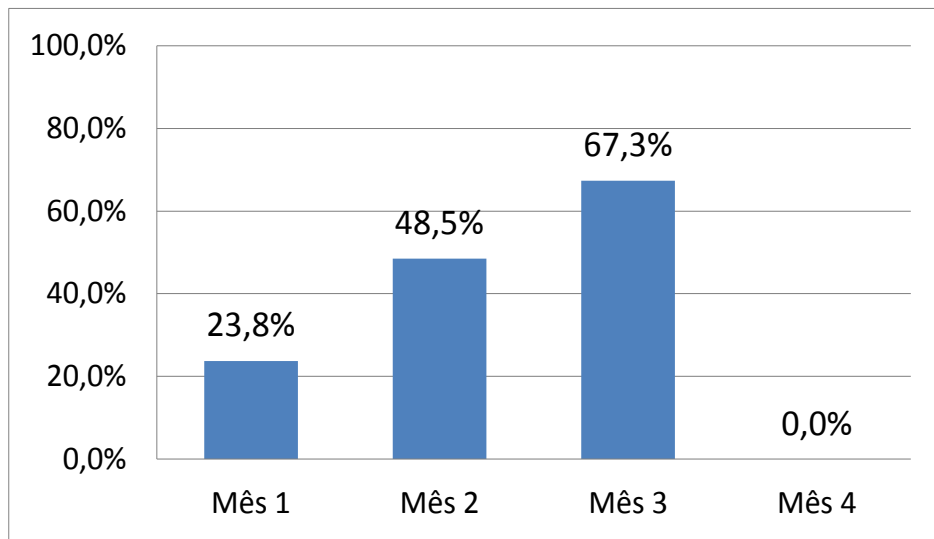


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

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

O nível de satisfação da população e da equipe foi muito bom e consideramos este indicador com resultado ótimo. Anterior a esta intervenção muitos dos usuários não tinham prontuário na unidade ou estavam completamente desatualizados em seus exames clínicos e/ou avaliação clínica ou odontológica. Os primeiros passos foram dados para continuar oferecendo uma atenção de qualidade a todos os usuários HAS e DM.

Nos indicadores de qualidade tivemos uma proporção ascendente no número de usuários que eram acompanhados na unidade no programa de hipertensão, conforme figura 3: no primeiro mês foram examinados um total de 66 usuários (67,3%), no segundo mês 136 (80,5%) e finalmente se atingiu um total de 250 (88,3%) usuários com HAS e com exame clínico em dia no terceiro mês. Este indicador não foi cumprido aos 100%, pois diariamente o médico tem uma demanda elevada de usuários para atender e não houve tempo para realizar o exame clínico ao total de usuários.

A equipe ficou muito satisfeita com estes resultados, pois foi uma das ações mais complexas, devido fundamentalmente ao fator tempo de consulta, pelo fato que

foram consultas agendadas para horários mais cômodos e de pouca demanda espontânea.

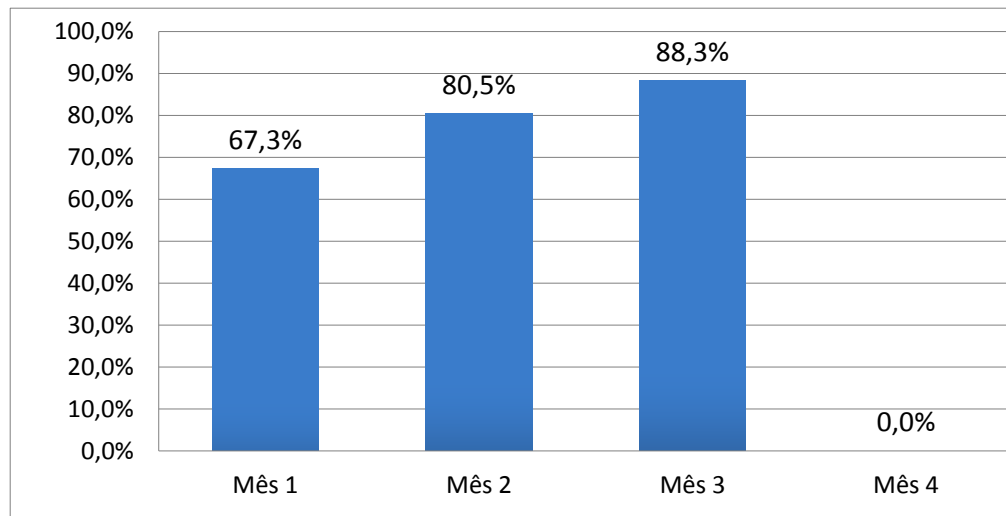


Figura 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

Este indicador se comportou de forma distinta nos usuários com DM, conforme Figura 4. Apresentando um incremento da proporção final que agiu de forma positiva no resultado do indicador. Nossos resultados no primeiro mês foram de 19 (79,2%) usuários avaliados, no segundo mês de 44 (89,8%), e no terceiro mês um total de 63 (92,6%). Nossa proposta para este indicador ao final de intervenção seria de 100%, ficando abaixo da meta esperada em cada mês.

Nos aspectos qualitativos para este indicador, a equipe teve que mudar a dinâmica de trabalho para conseguir completar todas as ações de monitoramento, engajamento público, atividades de capacitação e as relacionadas com o exame clínico destes usuários. Não cumprindo com as metas por causa do fator tempo de consulta, para fazer um trabalho com qualidade do acordo com protocolo.

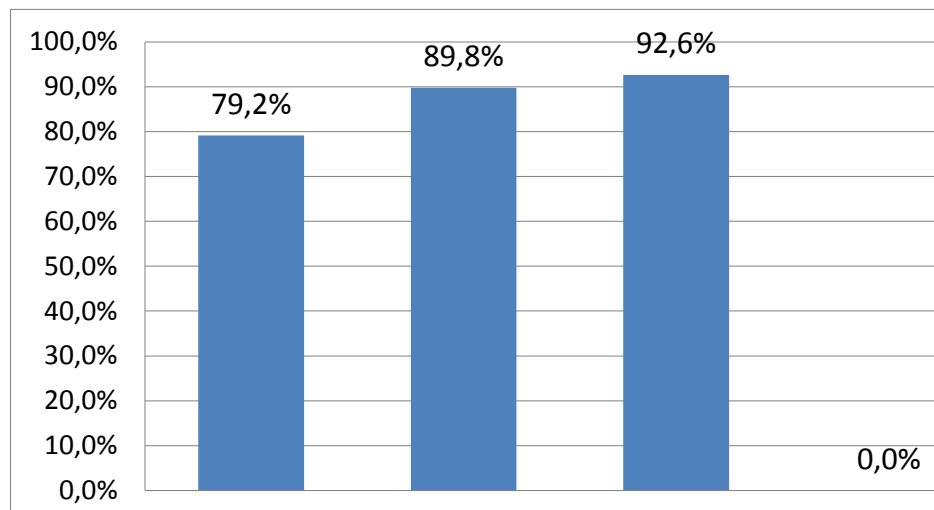


Figura 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS Santos Anjos, Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

Em relação aos exames complementares contidos nos protocolos de atendimento desta patologia, começamos as atividades de atualização dos usuários que tinham em atraso os exames complementares indispensáveis para uma correta avaliação clínica-laboratorial. Conforme figura 5, no primeiro mês atingimos 53 usuários (54,1%), no segundo mês 111 (65,7%), e finalmente no terceiro 225 (79,5%). Resultados baixos, mesmo assim estes números foram motivados pelo esforço que fez a gestora do município, com poucos recursos, para que todos os usuários que precisaram de exames fossem feitos com qualidade, mas não se conta com todos os recursos necessários para cobrir toda nossa área de abrangência, por esta causa não cumprimos esta meta em sua totalidade. Não foi possível mapear o risco para 100% dos usuários, todos os meses porque as cotas da secretaria de saúde diminuiu pelo não recebimento da verba do governo federal, o que não satisfaz a demanda.

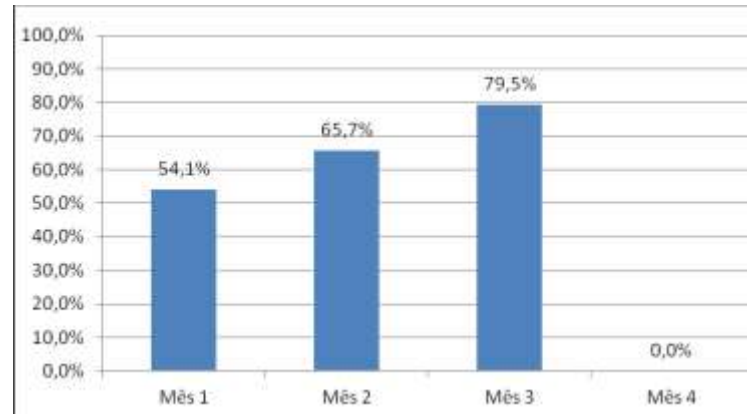


Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS de Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

No primeiro mês foram realizados exames laboratoriais para usuários com DM 16 (66,7%), no segundo mês 37 (75,5%), no terceiro mês atingimos um total de 56 (82,4%) usuários em dia, conforme Figura 6.

Para usuários com DM estes resultados foram um pouco mais altos pelo motivo que eles são mais acompanhados laboratorialmente, para atingir certo controle metabólico e têm o conhecimento e a responsabilidade pela sua saúde, que muitas vezes é menor em usuários com HAS. Na análise qualitativa deste indicador foi um pouco difícil para a equipe a instauração de um plano de exames laboratoriais para 100% dos usuários e os recursos foram gerenciados com a gestora e conseguiu-se aprovar, mas nosso município não conta com muito apoio financeiro, mesmo assim os indicadores municipais são bons.

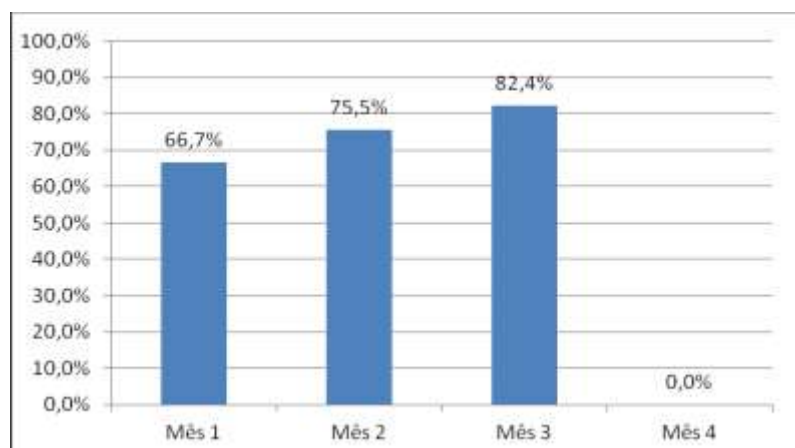


Figura 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

Continuando com os resultados das metas de qualidade, apresentamos os resultados referentes à proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos que fazem uso de medicamentos procedentes da rede de Farmácias Populares. No primeiro mês tivemos, no caso dos usuários com HAS, um total de 79 (81,4%), no segundo mês 148 (88,1%), no terceiro mês 251 (89%), proporção que foi satisfatória de acordo com o período da intervenção, conforme Figura 7.

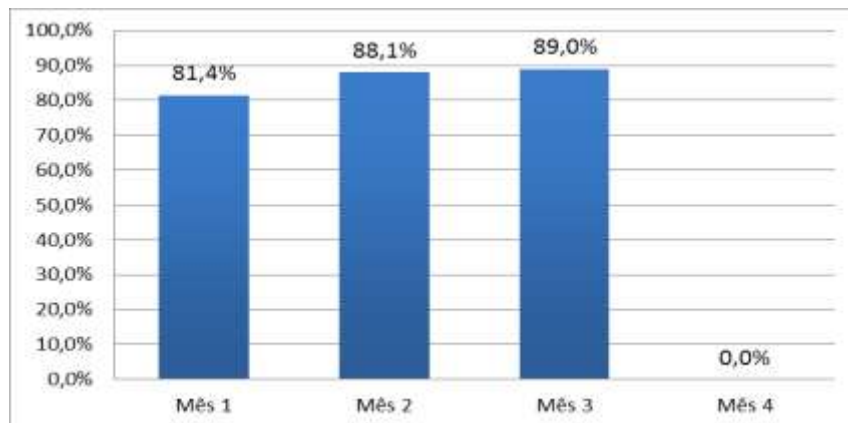


Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia priorizada na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

Para usuários com DM, os dados foram os seguintes: no primeiro mês 23 usuários (95,8%), no segundo mês 48 (98%), no terceiro mês 67 (98,5%), conforme Figura 8. Aqui tivemos alguns usuários que não aceitaram a troca dos medicamentos que usavam, e respeitamos a sua decisão. Em outros casos não se trocou por motivos clínicos, pois a descompensação metabólica grave era um dos riscos da troca.

Avaliando qualitativamente este indicador, foi muito bom, sendo um dos indicadores em que as ações não foram complexas na sua incorporação à unidade,

pois o programa de Farmácia Popular está sendo utilizado por todos os usuários e as equipes, motivado pelo baixo custo dos remédios e qualidade dos medicamentos que são distribuídos na rede.

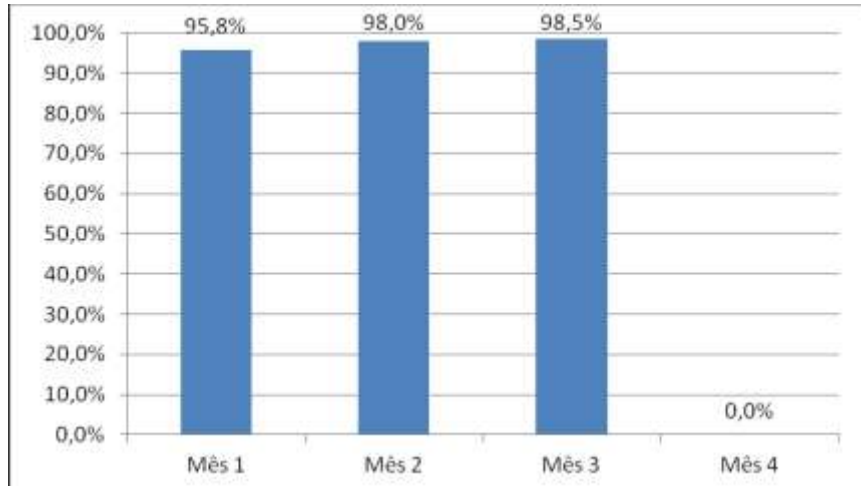


Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

Continuamos analisando os resultados dos indicadores de qualidade, passamos aos resultados dos atendimentos odontológicos. Aqui do ponto de vista qualitativo, a equipe teve muitos problemas, sendo um dos indicadores mais difíceis de toda nossa intervenção, devido à falta de integração do dentista com os demais profissionais da ESF, principalmente para contribuir com a educação continuada e ações preventivas com os usuários. Por iniciativa da equipe, a partir do segundo mês, o médico fez a avaliação odontológica (parcial) aos nossos usuários, para dessa maneira melhorar o seguimento destes, facilitando seu encaminhamento odontológico, se necessário.

No aspecto quantitativo, foi feito o planejamento de atingir uma meta de 100% na avaliação da saúde bucal para ambos os grupos. As metas para este indicador de qualidade no primeiro mês foram muito baixas pelos problemas já mencionados. Para usuários com HAS atingimos no primeiro mês um total de três (3,1%) usuários atendidos, já num segundo mês se incrementou a 69 (40,8%) usuários, para no terceiro mês um total de 183 (64,7%), conforme Figura 9.

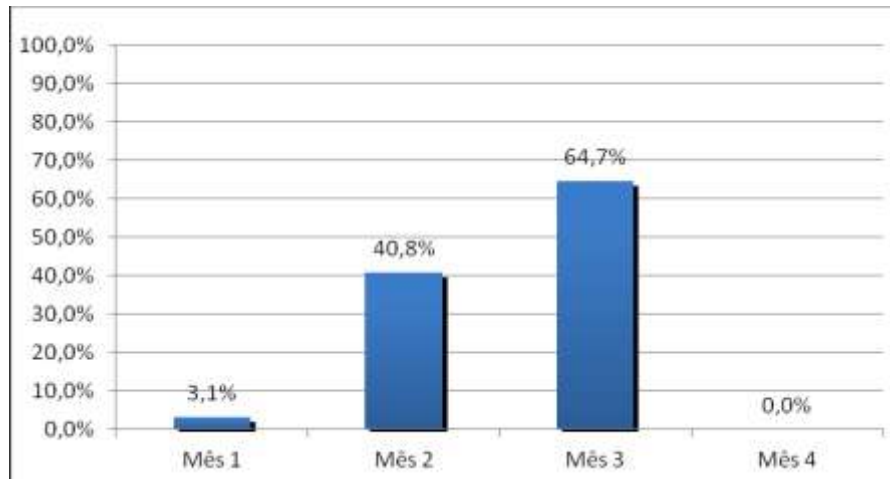


Figura 9 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

Para usuários com DM atingimos os seguintes resultados nesse período: um (4,2%) usuário avaliado no primeiro mês, 25 (51,1%) com exame bucal no segundo e um total de 44 (64,7%) para o terceiro mês da intervenção, conforme Figura 10.

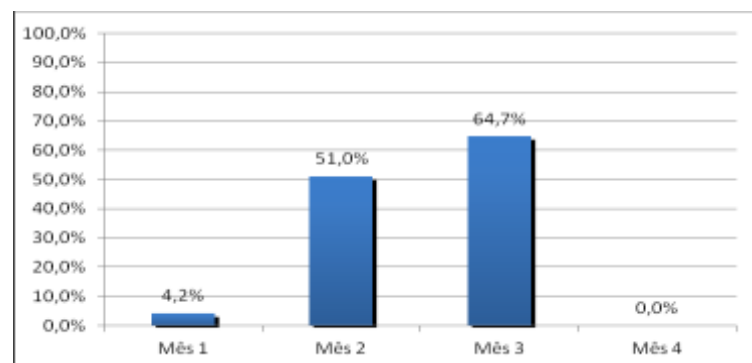


Figura 10 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

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

A adesão à intervenção foi um dos indicadores mais importantes e sempre o resultado do trabalho continuado e coordenado com os ACS, enfermeiros. Nossa

meta proposta era atingir 100% para a busca ativa neste aspecto. Aproveitamos o novo cadastramento e em conjunto com todos os ACS fizemos a busca ativa de todos os usuários faltosos. No primeiro mês tivemos os seguintes dados para os usuários hipertensos: primeiro mês 27 usuários (100%), segundo 30 (100%), no terceiro mês 47 (100%) busca ativa para usuários faltosos.

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

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

Para usuários com diabetes estes foram os resultados obtidos: no primeiro mês 4 (100%), no segundo mês 5 (100%), no terceiro mês 10 (100%); atingimos 100% dos usuários faltosos à consulta com um trabalho continuado com nossos ACS, tivemos muitos problemas com transporte, dificuldades climáticas, mas cumprimos com todas as ações e cadastramento de todos os usuários faltosos à consulta, graças a todo o apoio da gestora municipal e sua equipe.

Avaliando qualitativamente, a implementação destas ações não teve a maior complexidade por parte da equipe, contamos com uma excelente equipe de ACS e de enfermagem, que foram os responsáveis por estes resultados, e isso nos deixou muito satisfeitos. Depois da intervenção continuaremos utilizando este sistema de busca para usuários que precisem. Este aspecto está muito interligado ao sistema de alerta em farmácias e laboratórios.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

No próximo indicador referente ao registro das informações nos prontuários e fichas de acompanhamento, nós propusemos atingir 100% dos usuários deste grupo com registro adequado. Esta meta não foi atingida, mas estamos satisfeitos com os resultados, pois foi um indicador ascendente. Só faltaram 10 usuários por preencher a ficha de acompanhamento, porque quando foram impressas as fichas faltaram e para o momento em que tinha que preencher não foi possível imprimir por

dificuldades técnicas da impressora. Para usuários com HAS: no primeiro mês 88 usuários (89,8%), no segundo mês 159 (94,1%), finalmente 273 (96,5%), Figura 11.

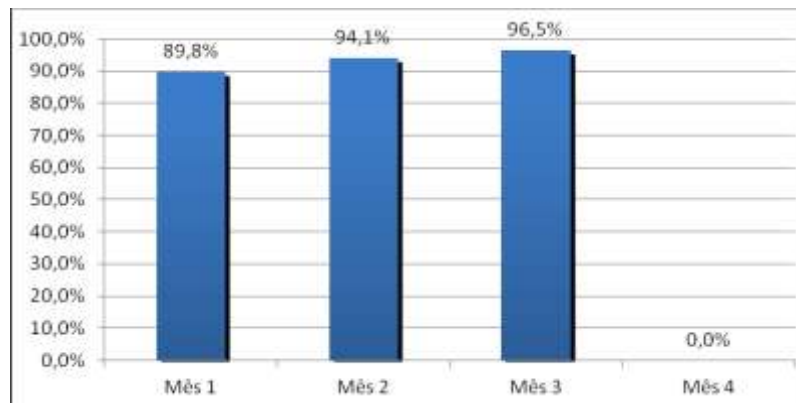


Figura 11 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Santos Anjos. Faxinal do Soturno/RS, 2015.

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

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

Para os usuários com DM os resultados foram de 100% dos registros adequados na ficha de acompanhamento, ficando assim: no primeiro mês 24 usuários (100%), no segundo mês 49 (100%), e finalmente no terceiro mês 68 (100%).

Avaliando qualitativamente este indicador, todas as ações foram implementadas sem problemas, com resultados satisfatórios e ainda se encontram em aplicação, visto que representam uma grande ajuda para o controle destes usuários e foi graças à capacitação e envolvimento da equipe com a intervenção.

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

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

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

Todas nossas ações foram feitas com muita qualidade alcançando 100% da estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. No primeiro mês foram 98 usuários (100%), no segundo mês 169 (100%), e no terceiro 283 (100%).

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

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

Os resultados para os usuários com DM foram os seguintes: no primeiro mês 24 usuários (100%), no segundo mês 49 (100%), no terceiro tivemos um total de 68 (100%) avaliações de risco cardiovascular pelo escore de Framingham.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Do ponto de vista qualitativo não foi uma meta que pela sua complexidade requereu demasiadas mudanças na dinâmica da unidade. A maioria das ações foi feita na unidade quando o usuário estava em consulta clínica, ou nos grupos de HIPERDIA em cada comunidade.

Nos usuários com HAS, 100% receberam orientações sobre alimentação saudável, com acompanhamento da nutricionista de nossa ESF, com várias palestras em conjuntos com equipe de saúde, tendo como resultados no primeiro mês 98 usuários (100%), no segundo mês 169 (100%), terceiro mês 283 (100%), todos os usuários receberam as orientações sobre dieta adequada.

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

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

Para usuários com DM tivemos resultados iguais aos usuários com HAS. No primeiro mês tivemos um total de 24 (100%) usuários que receberam as orientações nutricionais, no segundo mês 49 (100%), no terceiro tivemos um total de 68 (100%), sendo cumprido com a meta proposta.

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

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

Nas orientações dos usuários sobre atividade física regular, tivemos resultados iguais, porque geralmente são ações que são feitas de forma simultânea. No primeiro mês tivemos 98 usuários com orientação 98 (100%), no segundo mês 169(100%) e terceiro mês 283(100%).

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

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

Em usuários com DM, estes resultados tiveram comportamentos iguais, porque geralmente são ações que são feitas de forma simultânea. No primeiro mês tivemos 24 usuários com orientação (100%), no segundo mês 49 (100%) e terceiro mês 68 (100%).

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

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

Quantitativamente 100% dos usuários receberam todas as orientações sobre riscos do tabagismo, com um resultado muito bom. No primeiro mês, tivemos 98 usuários com orientação (100%), no segundo mês 169 (100%) e terceiro mês 283 (100%).

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

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

Para usuários com DM obtemos o mesmo resultado, no primeiro mês tivemos 24 usuários com orientação (100%), no segundo mês 49 (100%) e terceiro mês 68 (100%).

Os usuários receberam todas as orientações sobre riscos de tabagismo, e isso faz parte da rotina do nosso trabalho continuado, estimular os usuários a modificarem seus estilos de vida.

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

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

Finalmente apresentamos os resultados para as ações de promoção para saúde bucal. No primeiro mês tivemos 98 usuários com orientação (100%), no segundo mês 169 (100%) e terceiro mês 283 (100%).

Este indicador foi atingido como na meta proposta, e a equipe teve a satisfação por estes resultados. Do ponto de vista qualitativo conseguimos implementar estas ações fazendo um trabalho em equipe, mas infelizmente sem ajuda dos odontólogos da unidade, pois tivemos problemas do início até o final da intervenção, por instabilidade no serviço de odontologia

Nos resultados quantitativos obtemos bom resultado, sendo atingidos 100% dos usuários HAS.

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

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

Neste indicador conseguimos 100% de alcance em todos os meses, sendo, no primeiro mês tivemos 24 usuários com orientação (100%), no segundo mês 49 (100%) e terceiro mês 68 (100%).

4.2 Discussão

Nossa intervenção propiciou grandes vantagens e mudanças na dinâmica de trabalho de nossa unidade, além disso, elevou a qualidade dos serviços oferecidos dentro do SUS e especificamente na Atenção Primária. Contribuiu para elevar a qualificação dos profissionais desde o ponto de vista técnico-profissional e elevou a experiência sobre a atuação neste nível de atendimento. O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas no projeto. A intervenção permitiu unir a equipe por um objetivo comum, destacando-se o papel dos ACS, pois foram os que deram maior contribuição, especialmente na divulgação do projeto e na busca ativa dos usuários faltosos à consulta. Além disso, se incrementou a organização dos registros e cadastros dos usuários com hipertensão e diabetes dentro e fora da unidade, pois foram atualizados igualmente os registros dos ACS e os prontuários da unidade. Conseguimos atualizar os exames clínicos e laboratoriais, realizar estratificação de risco a todos nossos usuários. Foi oferecido nas comunidades múltiplas orientações de promoção e prevenção em saúde, foram

criados grupos de luta contra o tabagismo e grupos para fomentar a atividade física, implementamos estilos de vidas saudáveis, além disso avaliação bucal dos usuários participantes da intervenção, feita com qualidade.

A principal e mais importante conquista foi a grande melhoria na cobertura das ações para estes usuários na unidade, que foi incrementada de forma substancial. No final conseguimos atingir totalmente a meta, e considerando a redução do tempo da intervenção, apresentamos bons resultados. Outras atividades foram aprimoradas na unidade, como avaliação física e laboratorial integral, avaliação do risco cardiovascular. Foi otimizado os serviços oferecidos pela Farmácia Popular, garantindo que os usuários recebessem os medicamentos adequados em cada caso. A intervenção requereu a capacitação de todos os integrantes da equipe para conseguir elevar a qualidade dos atendimentos, das atividades de promoção e prevenção e de engajamento público, o que significou um aspecto muito positivo para todos.

O trabalho exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS conforme os protocolos de atendimento aos hipertensos e diabéticos, o acolhimento dos usuários, assim como a promoção de hábitos nutricionais saudáveis, prática de exercício físico e sobre higiene bucal. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe, proporcionando mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população; permitindo conhecer a realidade de cada usuário, seus problemas, riscos. A intervenção contribuiu para mudar a concepção assistencialista que ainda ficava em alguns membros da equipe, de modo a ampliar as ações de promoção à saúde e o reconhecimento de todos quanto à sua importância em detrimento da hegemonia do modelo biomédico. As ações se deram de forma multiprofissional, sendo o médico o responsável por executar as ações de atenção integral aos hipertensos e diabéticos, a enfermeira de organizar as rotinas de trabalho, supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e da auxiliar de enfermagem, sendo esta última responsável por identificar com os ACS as famílias de risco e da realização de procedimentos nos domicílios. Além disso, os ACS ficam com a função de realizar o mapeamento de sua área, cadastrar todos os usuários hipertensos e diabéticos e manter atualizado este cadastro, orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e da importância de participar das ações da intervenção,

constituindo a ligação entre a equipe e a comunidade, é o contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de promoção de saúde realizado por toda a equipe.

As ações desenvolvidas durante a intervenção permitiram o estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, o qual se traduz em desenvolvimento de ações humanizadas e mais competentes. Os usuários mostraram satisfação pelas atividades desenvolvidas e a qualidade do atendimento, gerando um grande impacto positivo neles e suas famílias, já que também foram parte importante da atenção a estes usuários.

Ainda temos que continuar realizando ações para alcançar melhores metas, mantendo o interesse de elevar a qualidade dos serviços e a equidade, universalidade e acessibilidade destes usuários, muito importante a incorporação dos profissionais de odontologia a nossa intervenção que foi um pouco tarde, mas conquistamos fazer estratégias para sua incorporação para adequar o registro e estabelecer o mecanismo que permita coletar o dado quanto aos usuários assistidos pelo odontólogo, vamos propor na reunião da equipe que o odontólogo ou a auxiliar de saúde bucal levem a mesma, os hipertensos e diabéticos assistidos na semana e assim atualizar a ficha espelho.

Continuaremos com estas ações, pois a equipe após a culminação da intervenção segue aplicando essas mesmas ações do cronograma. Pensamos em expandir a assistência programática para outras patologias incidentes, como saúde mental, obesidade e patologias relacionadas ao trabalho, tomando este projeto como exemplo.

5 Relatório de intervenção para os gestores

Como integrante do Programa Mais Médicos do Brasil, desde o ano passado venho realizando a especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas. Um requisito do curso foi realizar uma intervenção em 12 semanas, em um programa da atenção básica, que foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da Unidade de Saúde Santos Anjos, em Faxinal de Soturno, Rio Grande do Sul.

Iniciamos a intervenção em abril 2015, com o cadastramento destes usuários, registro das ações na ficha-espelho, realização de exame clínico em dia, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, estratificação de risco cardiovascular, avaliação do atendimento odontológico, busca ativa de faltosos às consultas, com planejamento das visitas domiciliares. Além disso, desenvolvemos atividades de promoção e prevenção quanto à orientação nutricional para hábitos saudáveis, sobre prática de atividade física regular, tabagismo e cuidados de saúde bucal.

A equipe utilizou os protocolos assistenciais do Ministério da Saúde para capacitar-se, e ao longo destas semanas do projeto, mantivemos um incremento gradual e constante do número de usuários cadastrados. No primeiro mês foi cadastrado um total de 98 (24%) hipertensos e 24 (23,8%) diabéticos. Estas cifras foram incrementadas no segundo mês até um total de 169 (41,4%) hipertensos e 49 (48,5%) diabéticos. Completando o terceiro mês da intervenção com a cifra definitiva de 283 (69,4%) hipertensos e 68 (67,3%) diabéticos, cumprindo nossas metas que foram de 65% dos hipertensos e 50% para os usuários diabéticos, devido a um bom trabalho de todos na nossa equipe de saúde, apoio dos gestores e participação da comunidade.

Nos indicadores de qualidade tivemos uma proporção ascendente no número de usuários que eram acompanhados na unidade no programa de hipertensão,

sendo examinado um total 250 (88,3%) usuários com hipertensão com exame clínico em dia e 63 usuários diabéticos (92,6%). Em relação aos exames complementares um total de 225 (79,5%) hipertensos, 56 (82,4%) diabéticos, resultados baixos, mas estes números são motivados pelo esforço que fez a gestora do município, mesmo com poucos recursos, para que todos os usuários que precisassem dos exames tivessem acesso com qualidade.

Em algumas ações tivemos problemas para realizá-las, como ocorreu com as avaliações odontológicas, pela falta de integração do dentista com os trabalhos dos demais profissionais, no primeiro mês tivemos três (3,1%) usuários hipertensos e terminamos finalmente com um total de 183 (64,7%) e diabéticos começamos no primeiro mês com um (4,2) usuário avaliado e terminamos com 44 (64,7%). Como resultado imediato pudemos perceber que a intervenção mudou o enfoque assistencialista que os profissionais da unidade tinham por uma ação mais preventiva, ampliou a preparação dos mesmos quanto à atenção integral aos usuários hipertensos e diabéticos, melhorou o acolhimento da unidade, percebendo-se na satisfação dos usuários diante os atendimentos.

Pensamos manter todas as ações implementadas como rotina diária de trabalho para ampliar a cobertura da atenção, melhorar a qualidade da atenção e intensificar as atividades de promoção de saúde, garantindo com isso um cuidado humanizado a todos nossos usuários. Uma das atividades que gerou um resultado muito positivo foram as palestras desenvolvidas, voltadas às atividades de promoção e prevenção de saúde, nas quais contamos com o apoio de nutricionista e educadora física. Sendo assim, torna-se fundamental o apoio da gestora para o desenvolvimento do nosso trabalho e melhorias que ainda se fazem necessárias, como a solicitação de mais cotas de exames a todos os usuários e melhoraria da integração da equipe de saúde bucal com os demais profissionais, questões essenciais para oferecer continuidade ao nosso projeto.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Como integrante do Programa Mais Médicos do Brasil, desde o ano passado venho realizando a especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas. Um requisito do curso foi realizar uma intervenção em 12 semanas, em um programa da atenção básica, que foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da Unidade de Saúde Santos Anjos, em Faxinal de Soturno, Rio Grande do Sul.

Inicialmente, criamos todas as condições necessárias para a realização do trabalho incluindo a capacitação de toda a equipe, realizando coleta de dados dos usuários hipertensos e diabéticos, avaliando uma série de aspectos incluídos em uma planilha para avaliar a realização das ações.

Percebi um maior engajamento dos usuários com os profissionais da Unidade, assim como satisfação pela qualidade do acolhimento, acompanhamento e atendimento. Além, disso, houve preocupação e interesse dos usuários e familiares pelas ações de prevenção e promoção desenvolvidas. Pretendemos manter todas as ações implementadas como rotina diária de trabalho para acrescentar a cobertura de atenção, melhorar a qualidade da atenção e intensificar as atividades de promoção, prevenção de saúde, com orientação nutricional para hábitos saudáveis, sobre prática de atividade física regular, tabagismo e cuidados de saúde bucal, participando a nutricionista e educadora física, contratadas pela gestão e garantindo com isso um cuidado humanizado de todos nossos usuários.

Realizamos cadastramento destes usuários, registro das ações na ficha-espelho, exame clínico em dia, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, avaliação de risco cardiovascular, avaliação do atendimento odontológico, busca de faltosos às consultas. Ao longo destas semanas do projeto, mantivemos um incremento gradual e constante do número de usuários cadastrados. No primeiro mês foi cadastrado um total de 98 (24%)

hipertensos e 24 (23,8%) diabéticos. Estas cifras foram incrementadas no segundo mês até um total de 169 (41,4%) hipertensos e 49 (48,5%) diabéticos. Completando o terceiro mês da intervenção com a cifra definitiva de 283 (69,4%) hipertensos e 68 (67,3%) diabéticos, cumprindo nossas metas que foram de 65% dos hipertensos e 50% para os usuários diabéticos, devido a um bom trabalho de todos na nossa equipe de saúde, apoio dos gestores e participação da comunidade.

Outro ganho foi com as visitas domiciliares que nos permitiram cadastrar cada usuário hipertenso e diabético faltoso à consulta por alguma deficiência ou incapacidade que nos permitiu avaliar de forma geral o seu entorno familiar, como vivem, o que significa uma maior qualidade no acompanhamento destes usuários. Continuamos contando com o apoio da gestão e participação da comunidade nas ações realizadas pela equipe da Unidade de Saúde. Todas as comunidades foram beneficiadas com a educação em saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar o curso e começar a fazer as primeiras tarefas, comecei a conhecer a realidade da UBS e achava que por ter muitas das condições estruturais e logísticas, poderia fazer um atendimento de qualidade, mas à medida que o curso avançou e conheci como realmente devem funcionar os serviços na ESF, me dei conta que muita coisa faltava ainda para ser feita e levar à prática. Logo após analisar nossa realidade sobre as principais doenças que nossa comunidade apresentava, me motivei a realizar a intervenção sobre a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. Com a ajuda dos instrumentos fornecidos pelo curso, comecei a fazer uma adequada avaliação dos usuários com a participação de toda a equipe.

Com o curso além de incrementar os conhecimentos sobre este tema, pudemos revisar e atualizar muitos outros temas que fazem parte de nossos atendimentos diários na UBS, por meio dos Estudos da Prática Clínica e os casos clínicos resolvidos semanalmente, muitos importantes para o trabalho em nossa unidade de saúde, que contribuíram a elevar a minha preparação individual e também coletiva, pois a equipe toda também participou nas atividades de educação permanente, foram estreitados os vínculos com a comunidade e a forma de tomar decisões de saúde individuais e a promoção e prevenção de saúde. Considero estes são os aspectos mais relevantes que o curso me ofereceu.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em: 11 out 2014.

Apêndices

Apêndice A- Fotografias da Intervenção



Figura 12 – Fotografia apresentação de início do projeto de intervenção na UBS de Santos Anjos.



Figura 13 – Fotografia capacitação dos ACS.




Figura 14 – Fotografia visita domiciliar na comunidade de Guarda Mor.



Figura 15 - Fotografia visita domiciliar na comunidade Sítio Alto.

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 Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Guillermo Doimeadios Garcia, Médico com RMS 4300469 RS 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: (55)96736388

Endereço Eletrônico: gdoimeadios@yahoo.es

Endereço físico da UBS: Faxinal do Soturno

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