

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

Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e ou Diabetes na ESF XV
Fátima, no município de Cruz Alta/RS**

Maria Carlina Vázquez Cervantes

Pelotas, 2015

Maria Carlina Vázquez Cervantes

**Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e ou Diabetes na ESF XV
Fátima, no município de Cruz Alta/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.

Orientador: Cristiane Diniz Félix

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C419m Cervantes, Maria Carlina Vázquez

Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e ou Diabetes na ESF XV Fátima, no Município de Cruz Alta/RS / Maria Carlina Vázquez Cervantes; Cristiane Diniz Félix, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

106 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. Félix, Cristiane Diniz, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho em primeiramente a Deus, à minha orientadora que me apoiou em todo momento, à minha amiga que sem eles não seria possível alcançar essa conquista.

Agradecimentos

À Deus, em primeiro lugar, pela vida, graça, proteção e amor. À minha família pelo apoio incondicional.

À minha equipe de trabalho pela dedicação, entrega organização e profissionalismo.

À minha orientadora Cristiane, pelos esclarecimentos, sugestões e paciência.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização de mais essa importante conquista.

Resumo

VÁZQUEZ, Maria Carlina Cervantes. **Melhoria da Atenção às pessoas com hipertensão e ou diabetes na ESF XV Fátima, em Cruz Alta/RS.** 2015. 105f. 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 cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos para tratamento e reabilitação dos doentes, sendo fundamentais ações eficazes para controle destas patologias a partir do diagnóstico precoce, controle e tratamento adequado para a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos e para a qualidade de vida e condições de saúde da população. Diante deste cenário, o programa de atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes foi o foco escolhido para a intervenção na ação programática da ESF XV Fátima, devido à alta prevalência e baixas taxas de controle dessas patologias. Existe um número baixo de hipertensos e diabéticos cadastrados no serviço, além dos cadastrados não terem um acompanhamento adequado, situação que está refletida nos baixos indicadores de qualidade das ações. Por todas estas dificuldades detectadas a equipe sentiu-se motivada a realizar a intervenção, para proporcionar melhor atendimento e acompanhamento a este grupo de usuários, capaz de melhorar a qualidade de vida e evitar complicações. Neste sentido, o presente trabalho objetivou qualificar a atenção à pessoa com HAS e/ou DM na ESF XV Fátima, em Cruz Alta/RS. Foi proposta metas como ampliar a cobertura de atenção à pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus para 85% da área adstrita sob acompanhamento da equipe e metas de qualidade para realizar exame clínico apropriado aos 100% dos usuários acompanhados, garantir a realização dos exames complementares de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico, realizar a busca ativa aos usuários faltosos e com consultas em atraso, manter a ficha de acompanhamento, realizar a estratificação de risco cardiovascular e garantir orientação nutricional sobre alimentação saudáveis, prática regular de atividades físicas, sobre os riscos de tabagismo e sobre a higiene bucal. Desta forma a melhoria da ação programática acontecerá através da realização de ações de promoção da saúde, adesão à terapêutica e classificação do risco cardiovascular do público alvo, assim como a melhoria dos registros e a qualificação do atendimento da UBS. O projeto foi estruturado para serem desenvolvidos no período de 12 semanas, com participação dos usuários portadores de HAS e/ou DM residente na área adstrita da ESF com mais de 20 anos, sendo utilizado como referência o protocolo do Ministério da Saúde de abordagem da HAS e DM, 2013. Dentre os resultados obtidos houve a elevação da cobertura com cadastramento de 282 hipertensos (87,3%) e 76 diabéticos (93,8%), melhorando ainda e de forma geral o atendimento e como consequência a qualidade de vida dos usuários. A execução deste projeto ajudou na identificação dos portadores destas doenças de maior risco, rastreamento de casos novos, incremento das ações de promoção da saúde, melhoria do atendimento e acompanhamento dos usuários, incorporação da família e comunidade no plano de cuidados e cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico1: Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção a pessoas hipertensas e/ou diabéticas na ESF XV Fátima. 74
- Figura 2 Gráfico 2: Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção a pessoas hipertensas e/ou diabéticas na ESF XV Fátima. 75
- Figura 3 Gráfica 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF XV Fátima. 76
- Figura 4 Gráfico 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF XV Fátima. 77
- Figura 5 Gráfico 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA na ESF XV Fátima 77
- Figura 6 Gráfico 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HHIPERDIA na ESF XV Fátima 78
- Figura 7 Gráfico 7: Proporção de hipertensos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico na ESF XV Fátima. 79
- Figura 8 Gráfico 8: Proporção de diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico na ESF XV Fátima 80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
DM	Diabetes mellitus
ESB	Equipo de saúde bucal
ESF	Estratégia de saúde da família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
IMC	Índice de massa corporal
MS	Ministério de saúde
NASF	Núcleo de apoio saúde da família
SAE	Serviço de Atendimento especializado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	57
2.3.3 Logística	63
2.3.4 Cronograma.....	67
3 Relatório da Intervenção.....	68
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	68
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	72
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	72
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	73
4 Avaliação da intervenção.....	75
4.1 Resultados.....	75
4.2 Discussão	87
5 Relatório da intervenção para gestores	90
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	93
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	96
Referências	98
Anexos	99

Apresentação

Este volume trata da intervenção realizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) XV Fátima no município Cruz Alta/RS, que buscou melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) residentes na área de abrangência da unidade básica. Teve início das atividades em julho de 2014 e término em setembro de 2015, a intervenção foi realizada em três meses, de 12 de abril de 2015 à 15 de julho de 2015.

O presente trabalho está dividido em 7 capítulos. O primeiro capítulo é a Análise Situacional que identifica os aspectos relacionados com a ESF e a Atenção Primária à Saúde (APS) no município, além de determinar as deficiências em cada uma das ações programáticas realizadas pelo serviço de saúde em questão. O segundo capítulo é a Análise Estratégica que contempla a justificativa de escolha da ação programática de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes como foco de intervenção, expondo a proposta de melhoria do atendimento destes usuários através de objetivos, metas e detalhamento de ações a serem desenvolvidas que envolveriam toda a equipe e a comunidade. O terceiro capítulo constitui o Relatório da Intervenção que relata as ações que foram desenvolvidas como planejado, as ações que não foram desenvolvidas como planejado, os avanços e dificuldade durante o projeto. O quarto capítulo é a Avaliação da Intervenção que discute os resultados obtidos em relação a cada objetivo e meta traçada, em cada um dos meses de intervenção.

O quinto e sexto capítulo fazem um relatório do que foi desenvolvido na intervenção para o gestor e para a comunidade relatando os objetivos alcançados. Nas Considerações Finais apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o desenvolvimento do curso. Por fim, apresenta ainda as Referências, seguindo-se de Anexos e Apêndice.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A estratégia de saúde da família com base no modelo de atenção à saúde caracterizada pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, fornecendo atenção integral e contínua, organizada, intersetorial, com práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação, é muito importante para sociedade, o indivíduo e a família.

O município de Cruz Alta tem uma população de mais de 60.000 habitantes, e possui três Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, 14 Estratégias de Saúde da Família (ESF), uma Unidade de Saúde Móvel, duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - modalidade 1, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Clínica de Especialidades, Centro de Saúde da Mulher, Hemocentro, laboratório de análises clínicas e 16 equipes odontológicas. Além disso, há unidades de saúde ainda em fase de implantação.

As UBS são dirigidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e prestam cuidados aos problemas de saúde encontrados e investigados na comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, diminuir a quantidade de crianças com baixo peso ao nascer, reduzir a mortalidade infantil e a desnutrição, garantir à saúde sexual e reprodutiva, a assistência pré-natal, a prevenção do câncer ginecológico e de mama, aumentar a expectativa de vida em todas as idades, reduzir hospitalizações, diminuir as incidências de doenças crônicas e alguns fatores de risco de doenças cerebrovasculares e respiratórias, assim como a realização de atividades educativas a alguns grupos específicos da população.

Cruz Alta enfrenta problemas com os encaminhamentos para as diferentes especialidades, muitos especialistas não atendem no município, e na maioria das vezes há muita demora nos agendamentos destas consultas, independente das necessidades dos usuários. A educação permanente dos profissionais municipais ocorre de forma aleatória e conforme a necessidades da SMS, não existe ainda a estruturação de uma rotina de educação permanente. As doenças mais frequentes encontradas no município são doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, doenças mentais, usuários com sequelas após acidentes cerebrovasculares.

Uma atividade muito importante executada no município são as visitas domiciliares realizadas por uma equipe composta por um médico e uma enfermeira, e contando também com o acompanhamento especializado da equipe do NASF quando necessário, com o objetivo de proporcionar atendimento domiciliar programado para um grupo de usuários com algum problema específico, especialmente a idosos, acamados, pacientes com quadros terminais, com doenças crônicas, visando um atendimento mais humanizado, colaborando para a redução o número de internação hospitalar.

Ao início do projeto a estrutura física onde funcionava a ESF se encontrava no término da construção, motivo pelo qual ainda a equipe apresentava dificuldades quanto a organização adequada da rotina do atendimento. A conclusão da obra estava prevista para o início de agosto/2014, mas devido a alguns transtornos, foi estabelecido um novo prazo para o fim de setembro. É importante destacar que já estão armazenados no município o mobiliário e materiais necessários ao trabalho. Enquanto o ESF não é inaugurado, exerço minha jornada de trabalho de 32 horas semanais acompanhando a equipe da SMS nas visitas domiciliares realizadas em todo o município, em áreas que não têm cobertura de atenção básica, especialmente na comunidade onde eu vou trabalhar localizada nos bairros Fátima, Farroupilha, Jardim América e Central, onde também são feitas visitas para crianças menores de um ano e para gestantes com uma frequência maior durante a semana. A atenção primária à saúde tem sempre um impacto positivo nas comunidades e este trabalho tem uma boa aceitação pela população.

A equipe de trabalho da ESF Fátima já está contratada, sendo composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, recepcionista e quatro agentes comunitárias de saúde (ACS). A equipe de saúde acompanhará

aproximadamente 2.588 pessoas, totalizando 772 famílias, que até então é atendida pela unidade móvel composta por médico e equipe odontológica. O serviço buscará melhorar a resolutividade de atendimento, realizar ações educativas de promoção à saúde e prevenção de doenças ao indivíduo, família e comunidade priorizando os problemas mais relevantes da comunidade para dessa forma diminuir os encaminhamentos de usuários ao nível secundário e terciário, reduzir a taxa de morbimortalidade através do acompanhamento das crianças menores de dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, controle adequado do câncer de colo uterino e de mama. A rotina das reuniões de equipe irá acontecer quando toda a equipe estiver trabalhando na estrutura física nova.

A visita domiciliar é uma nova experiência para mim, e considero uma estratégia de saúde muito importante e com grande impacto nas comunidades, uma vez que permite levar assistência a lugares que não têm cobertura de saúde através do valioso trabalho dos agentes comunitários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Cruz Alta, no Rio Grande do Sul, é um município com 64126 habitantes, localizado ao noroeste do estado, conhecido como a terra de Erico Verissimo. A cultura é influenciada pelas tradições gaúchas, e a base da economia é a produção de trigo, soja e milho.

O Município possui uma Unidade Móvel de Saúde que presta atendimento a áreas sem cobertura de APS, composta por um médico clínico geral, um dentista e um auxiliar de saúde bucal; duas Unidades Básicas Tradicionais compostas por assistentes sociais, enfermeiros, dentistas, médicos clínicos gerais, pediatra, ginecologista e obstetras; 16 Estratégias de Saúde da Família (ESF) compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que algumas dessas unidades também contam com equipe de saúde bucal; dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por um nutricionista, um assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta e um educador físico. Há também um Centro de Especialidades Médicas, Centro de Especialidades

Odontológicas (CEO), CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), CAPS AD (Álcool e Droga), Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Centro de Saúde da Mulher e da Criança, Centro de Atendimento a Diabéticos e Hipertensos, e Hemocentro. O fluxo dos usuários por essa rede de assistência ocorre a partir do momento que acontece a consulta médica com a solicitação do exame e/ou encaminhamento ao especialista, sendo o impresso conduzido ao Núcleo de Auditoria e Regulação que dá continuidade à solicitação realizando o agendamento. Temos disponibilidade de atendimento de ginecologia e pediatria no Centro de Saúde da Mulher e da Criança, e também de cardiologia, psiquiatria, psicologia, urologia, neurologia, cirurgia geral e vascular, dermatologia, e traumatologia. Os usuários que precisam de atendimento especializado indisponível no município como endocrinologia, hematologia, oftalmologia e cirurgia ocular, e genética são conduzidos para outros municípios através de pactuações intermunicipais. O município conta com vários serviços de análises clínicas onde são realizados exames laboratoriais complementares. Mas existem dificuldades com os encaminhamentos havendo na maioria das vezes muita demora no agendamento, e por isso o acesso às especialidades e aos exames diagnósticos não atende às necessidades dos serviços e dos usuários.

Contamos com dois hospitais, um privado e outro, Hospital São Vicente, privado, mas vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no centro da cidade, onde em ocasiões a população não possui uma adequada assistência. Esta dificuldade provavelmente vem do fato deste ser o único hospital vinculado ao SUS no município. Existe a falta de protocolos para encaminhar os usuários para o nível terciário, assim como dificuldade no acompanhamento dos usuários em situações de internação hospitalar. Isto traz como consequência que em muitas ocasiões, após a alta, a equipe de atenção primária não é informada sobre a conduta estabelecida durante a internação, assim como a gravidade, evolução e plano terapêutico utilizado, limitando a continuidade do cuidado.

Estou vinculada à ESF XV Fátima, inaugurada no dia 12 de dezembro de 2014, localizada no bairro de Fátima, e que funciona como Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da prefeitura do município.

A estrutura da ESF apresenta espaço físico semelhante a outras unidades construídas conforme o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde

do Ministério da Saúde, sendo constituída por uma sala de imunizações, recepção, área de registro, almoxarifado, sala de lavagem material, sala de esterilização, sala de estocagem de materiais ambulatoriais, sala de curativos e suturas, sala de reuniões, dois consultórios multiprofissionais, farmácia, sala de procedimentos básicos, cozinha e cinco banheiros. A estrutura é em planta baixa, livre de barreiras arquitetônicas que limitem o acesso facilitado e seguro de pessoas com deficiências físicas. Com respeito às barreiras no entorno à unidade, existem algumas como a presença de buracos na rua que dificulta o livre deslocamento dos usuários até a unidade. Também não há símbolos internacionais que proporcionem a identificação dos ambientes e serviços ofertados, para pessoas com deficiência física, visual e/ou auditiva, mas a unidade já está em fase de inserção desses símbolos. Estas dificuldades foram analisadas em reuniões de equipe e comunicadas aos gestores do município com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço. Uma das propostas prioritárias foi a melhoria da acessibilidade no entorno da ESF e a prefeitura garantiu que irá arrumar a rua, também foi falado sobre a importância dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência.

A equipe da ESF está composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e quatro ACS. Além disso, conta com outros profissionais de apoio: um assistente social e uma nutricionista, todos participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, sendo desenvolvidas ações como identificação de grupos e famílias expostas a riscos, e identificação de grupos de agravos mais prevalentes tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose, entre outros. Há muitos fumantes e pacientes idosos. As doenças mais frequentes na área são as doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doenças de tireoide, hiperlipidêmica e doenças mentais. O município possui uma Unidade Móvel de Saúde composta por um dentista e um auxiliar de saúde bucal que presta atendimento em nossa ESF uma vez por semana, o qual auxiliou os atendimentos odontológicos para nossa comunidade e para os usuários participantes da intervenção.

O trabalho realizado pela equipe é dividido em consultas médicas, visitas domiciliares, cadastramento das famílias, definição do território de atuação, promoção da saúde e prevenção das doenças mais prevalentes na comunidade, reuniões semanais, e demais ações com o objetivo de proporcionar maior vínculo da

equipe com a comunidade. Os procedimentos e atividades desenvolvidas são: curativo, educação em saúde, aferição de pressão arterial, consulta médica, consulta de enfermagem, entrega de medicamentos, administração de medicação injetável, cito preventivo e a realização de testes rápidos para HIV, Sífilis e hepatites B e C, teste de pezinho, teste para detecção de gravidez além de coletar a amostra para baciloscopia. Também são realizados procedimentos tais como as nebulizações, troca bolsa de ostomia e inserção de sonda. A realização de estes procedimentos evita o traslado do usuário para outras unidades que em ocasiões apresentam limitações. Também são realizados grupos operativos para alguns públicos, como por exemplo: grupo de adolescentes, promoção do aleitamento materno, pré-natal planejamento familiar, hiperdia, idosos. Nestes grupos realizamos ações de prevenção de doenças e promoção da saúde voltada à melhoria da qualidade de vida da população e troca de estilos e modo de vida, e estimulamos troca de ideias e experiências. O trabalho extra muro é realizado no domicilio e na associação de bairro comunitária, mas não são usados outros espaços como indústrias, igrejas e demais espaços comunitários. Os profissionais prestam cuidado domiciliar após levantamento dos usuários adstritos com esta necessidade, sendo realizados com prévio agendamento, e às vezes também atendendo à demanda espontânea de usuários que apresentam necessidades imediatas e imprevistas, sendo avaliados de acordo com a demanda (urgência - emergência), riscos e vulnerabilidade.

A equipe se reúne semanalmente para analisar todas as questões que ajudam no melhor desenvolvimento do atendimento, sendo analisadas as dificuldades e realizadas propostas para superá-las. Algumas destas deficiências analisadas envolvem a necessidade de criação de grupos operativos voltados aos tabagistas e adolescentes, grupos que já estão sendo constituídos. Estão sendo realizada em conjunto com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) a busca ativa de usuários faltosos as consultas nos Centros de Referência, especificamente as crianças e gestantes. Todos os profissionais participam do gerenciamento dos insumos necessários para o trabalho domiciliar, e todos podem ajudar nesta tarefa fazendo com que os materiais e insumos sejam mais duradouros através do uso oportuno dos recursos.

Ao início a população adstrita tinha pouca participação na gestão das ações de saúde, já que não existiam grupo ou núcleo de apoio dedicado ao planejamento,

gestão, coordenação e avaliação das ações em saúde, e que orientara e divulgue as atividades realizadas. Logo com a inauguração de nossa ESF são realizadas atividades de estimulação da participação da comunidade no controle social, nos espaços coletivos de discussão os quais são analisados com a comunidade os seus determinantes sociais sobre o processo de adoecimento, assim como as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. A equipe promove atividades físicas preventivas como caminhadas, atividades esportivas, atividades lúdicas, modificando modo e estilo de vida da população, também trabalhamos na realização de reuniões comunitárias com a participação do gestor municipal para lograr um dos princípios mais importantes de sustentação do engajamento é o incentivo da cooperação e a participação de todas as partes interessadas no trabalho conjunto. A equipe de trabalho promove a participação da comunidade no controle social, de grande importância para engajar a comunidade, identificar-nos com ela e promover a realização e participação das atividades de prevenção e promoção. Contamos com a ajuda do Conselho Municipal de Saúde ao qual estão sendo enviadas as dificuldades detectadas.

A área de adscrição da ESF XV Fátima tem uma população cadastrada e real de 2588 pessoas, totalizando 772 famílias. A distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada com base na distribuição brasileira, sendo previstas para a área 804 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 713 mulheres entre 25 e 64 anos, 266 mulheres entre 50 e 69 anos, 39 gestantes, 31 menores de um ano, 62 menores de cinco anos, 384 pessoas de 5 a 14 anos, 1696 pessoas de 15 a 59 anos, 353 pessoas com 60 anos ou mais, 1484 pessoas entre 20 e 59 anos, 1837 pessoas com 20 anos ou mais, 579 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão, 165 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes. Com a rotina de trabalho nota-se que é comum um equilíbrio entre homens e mulheres na idade jovem e predominam as mulheres nas idades adultas e idosas, e prevalecem também de forma geral os adultos e os idosos sobre a população jovem.

É um desafio atender a demanda espontânea adequadamente e ao mesmo tempo não prejudicar o atendimento programado e não sobrecarregar os profissionais, recomendando-se conversa, decisão, experimentação e análise pela equipe aproveitando as ferramentas e experiências já existentes de seus integrantes. No município a organização do atendimento à demanda espontânea é específica de cada equipe. Participam do acolhimento a recepcionista, a enfermeira

e a técnica de enfermagem como rotina. O primeiro contato é realizado pela recepcionista que faz a primeira escuta, logo é encaminhado para a sala da técnica de enfermagem que faz a aferição dos sinais vitais, realizando uma primeira avaliação de urgência e emergência, juntamente com a enfermeira que direciona ao atendimento médico no dia ou agendamento para evitar a sobrecarga dos profissionais. Em algumas ocasiões existem limitações como a instabilidades da equipe o que dificulta um pouco a continuidade do trabalho e a sobrecarga de alguns profissionais, mas de forma organizada e seguindo o padrão de acolhimento estabelecido objetivamos efetividade e ampliamos a resolutividade e capacidade de cuidado da equipe.

Ao analisar o programa de pré-natal e puerpério verifica-se a existência de 9 gestantes cadastradas pelo serviço, representando 23% de cobertura das 39 gestantes estimadas para a área pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) (Anexo D). No início todas as gestantes cadastradas realizavam pré-natal no Centro de Saúde da Mulher e da Criança, e destas cinco (56%) tiveram o pré-natal iniciado no primeiro trimestre, estão com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde e foram submetidas a avaliação de saúde bucal; 100% (n = 09) receberam solicitações dos exames de rotina na primeira consulta de pré-natal, estão com as vacinas em dia conforme protocolo, tiveram prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, foram submetidas a pelo menos um exame ginecológico por trimestre e todas ainda receberam orientação sobre aleitamento materno. Logo a inauguração da ESF começou a realização de pré-natal a todas as gestantes de baixo risco e todas é realizada as visitas domiciliares. Para atuar sobre esta baixa cobertura de acordo com a atual governabilidade da equipe, temos que trabalhar mais na busca ativa das gestantes através da intensificação das visitas dos ACS. Não existe excesso de demanda de atendimento para problemas de saúde agudos nas gestantes.

As ações desenvolvidas pela equipe com o cuidado das gestantes são referentes a promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, controles dos cânceres do colo de útero e mama, e planejamento familiar. Estas ações são realizadas através das consultas e visitas domiciliares, quando os profissionais verificam a participação de cada uma em consultas agendadas e a data da próxima consulta, cumprimento

das orientações e recomendações médicas, escuta das queixas, avaliação das condições de vida, existência de apoio familiar e risco social e biológico, revisão do cartão de vacina, existência de avaliação por nutricionista e odontologista. Além disso, são oferecidas orientações sobre alimentação saudável e ganho de peso adequado, data da próxima vacina, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, riscos do tabagismo, álcool e drogas na gravidez, anticoncepção pós-parto, importância de pelo menos uma revisão puerperal entre 30 e 42 dias de pós-parto. Nos últimos 12 meses tiveram 16 partos na comunidade, o que representa 52% de cobertura dos 31 partos esperados segundo o CAP. Todas as 16 puérperas (100%) consultaram antes dos 42 dias de pós-parto e receberam orientações gerais sobre o cuidado com o recém-nascido, importância do aleitamento materno e da alimentação saudável, tiveram as mamas e o abdome examinados, assim como registro adequado destas ações em prontuário.

A equipe realiza a primeira visita domiciliar nos primeiros 5 dias após o parto, assim como o acompanhamento preconizado até os 42 dias de pós-parto, não havendo entretanto registro sobre a realização de exame ginecológico, avaliação do estado psíquico e quanto a intercorrências. Outra dificuldade encontrada foi a falta de atividades em grupos com as gestantes, o que foi discutido na reunião de equipe, chegando ao acordo sobre a importância do planejamento e execução destas atividades educativas e preventivas que preparam melhor a grávida para enfrentar esta nova etapa da vida, com ajuda dos ACS e da equipe.

Na área de abrangência há estimativa de 31 crianças menores de um ano, estando 16 cadastradas no serviço, representando 52% de cobertura do estimado, sendo que esta baixa cobertura pode ser justificada porque na realizada há prevalência da população idosa. No início o atendimento de puericultura é realizado no Centro de Saúde da Mulher e da Criança, com atendimento de pediatra e enfermeira especialistas em Atenção à Saúde da Criança, sendo realizado um conjunto de ações com monitoramento mensal, tais como tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, prevenção de anemia, teste do pezinho, classificações para identificação de crianças de alto risco, participando em média 50% das crianças, já que o outro percentual frequenta serviços privados. Depois do funcionamento de nossa ESF, a equipe começou a realização de todas estas atividades com as crianças, também realizamos acompanhamento durante as visitas domiciliares, quando é verificado o comparecimento na primeira consulta de

puericultura antes os sete dias e se está com a próxima consulta agendada. Neste momento também é revisado o cartão de vacinas, a avaliação nutricional, e são fornecidas orientações sobre aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, significado da curva de crescimento, sendo chamada atenção para data da próxima vacina e para o local da caderneta da criança em que o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor. Também realizamos a busca dos faltosos às consultas agendadas ou com alterações.

No município não é usado um protocolo de atendimento de puericultura, assim como protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde. Há famílias na comunidade de Fátima contempladas com o Programa Bolsa Família do Ministério da Saúde e o Assistente Social é o responsável pelo cadastramento das crianças e famílias no programa, com posterior envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde. Há algumas dificuldades como o encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento, problema este que foi analisado e discutido na reunião de equipe. Outra dificuldade encontrada foi a pouca adesão dos cuidadores às consultas de puericultura, em muitas ocasiões a mãe só leva a criança para atendimento se esta apresentar problema de saúde agudo ou para realização de vacinas. Este problema provavelmente acontece pela pouca orientação das mães sobre a importância das consultas de puericultura. De acordo com isto, pensamos na possibilidade de criar grupos de puericultura que motivem os cuidadores, com orientações sobre aleitamento materno exclusivo, introdução de alimentação complementar aos seis meses, riscos de acidentes, importância do seguimento da criança nas consultas de puericultura, seguimento do desenvolvimento psicomotor da criança, seguimento das medidas antropométricas, identificação de sinais de perigo à saúde da criança, entre outros.

Quanto ao programa de prevenção do câncer de colo uterino, na ESF estão cadastradas até o momento 628 mulheres de 25 a 64 anos, indicando cobertura de 88% das 715 mulheres nesta faixa etária estimadas para a área. Em função do pouco tempo de trabalho ainda são desconhecidos alguns dados como o número de exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, exames com mais de seis meses de atraso, número de exames coletados com amostras satisfatórias e ou com células representativas da função escamo colunar, número de mulheres com avaliação de risco para câncer de colo de útero, com orientação sobre doenças

sexualmente transmissíveis (DSTs), e temos registro de 112 mulheres (18%) com orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero. Os profissionais orientam a todas as mulheres da área para o uso de preservativo em todas as relações sexuais assim como os efeitos maléficos do tabagismo. No início como não contávamos com uma ESF a equipe trabalhava em ações de orientação das mulheres no incentivo na realização periódica do exame preventivo, exame que é realizado no Centro de Saúde da Mulher e da Criança por uma enfermeira, depois que foi inaugurada nossa ESF começamos a realizar os preventivos, já que contamos com todos os recursos para realizar esta importante ação programática de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e de mama além de ter os profissionais da equipe capacitados e sensibilizado para trabalhar de forma organizada e em conjunto para melhorar este indicado. Sobre o programa de rastreamento do câncer de mama, é prevista para a área a existência de 266 mulheres entre 50 e 69 anos, estando cadastradas na ESF 212 mulheres nesta faixa etária, uma cobertura de 80% do estimado.

Toda a equipe trabalha fazendo ações educativas para a prevenção desta doença, sobretudo na detenção dos fatores de risco, com controle do peso corporal das mulheres, informação sobre os efeitos maléficos do consumo de álcool e cigarros, orientações para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como conscientização sobre a importância da realização de mamografia em tempo oportuno já que com o diagnóstico precoce da doença favorece um melhor prognóstico. Há registro de 98 mulheres cadastradas (46%) com orientação sobre prevenção do câncer de mama. Busca-se continuamente o fortalecimento do vínculo e da confiança das pacientes com o serviço com estabelecimento de estratégias para melhorar e acessibilidade ao exame diagnóstico. A mamografia é realizada no Centro de Saúde da Mulher e da Criança, mas no início não existia a retroalimentação de dados, e dessa forma o serviço desconhece o número de mulheres com mamografia em dia ou com mais de três meses de atraso, agora existe uma melhor organização e temos logrado avaliação do exame depois de realizado o qual é colocado no prontuário do paciente. Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres cadastradas, não existia o registro adequado da realização desta atividade, mas já isso não é o problema, porque cada usuário tem seu prontuário com todas estas informações.

No que refere ao controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), durante as consultas, visitas domiciliares e no grupo HIPERDIA são realizadas ações de orientação de redução dos fatores de risco modificáveis. Há um total de 323 usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e cadastrados no serviço, indicando 56% de cobertura dos 579 estimados pelo CAP. Dos cadastrados, 16% (n = 51) foram submetidos a estratificação de risco cardiovascular, estão com exames complementares periódicos em dia e receberam orientação sobre a prática de atividade física regular; 35% (n=112) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável; nenhum hipertenso foi submetido a avaliação de saúde bucal; e não há registro de quantos têm atraso das consultas agendadas em mais de sete dias. Há um total de 72 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, 44% de cobertura dos 165 estimados. Destes, 44% (n=32) foram submetidos a estratificação de risco cardiovascular, estão com exames periódicos em dia, foram submetidos a exames dos pés e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, e avaliação da sensibilidade dos pés nos últimos três meses; 44% (n=32) receberam orientação sobre a necessidade da prática de atividade física regular; 51% (n=37) deles receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável; nenhum foi submetido a avaliação da saúde bucal; e não há registro de quantos estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

A equipe de trabalho realiza atendimento dos portadores destas patologias durante as consultas, visitas domiciliares e grupos HIPERDIA, e os profissionais que participam do atendimento são: enfermeiro, médico da família, e em ocasiões contamos com apoio da nutricionista e da assistente social. Mas o médico é o principal precursor das ações educativas com estes grupos. Na comunidade são desenvolvidas ações para o cuidado destes usuários como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo, e como reconhecer sinais de complicações da HAS e da DM.

Os atendimentos são registrados na ficha de atendimento individual (prontuário clínico), e não há outros arquivos para este registro. No município não são usados protocolos para nortear o atendimento ou regular o acesso dos adultos com HAS e/ou DM a outros níveis do sistema de saúde, sendo uma deficiência já discutida pela equipe de trabalho e comunicada à gestora do município. Para

qualificar esta ação programática é importante o envolvimento de toda a equipe na educação dos usuários em questão quanto à sua doença, os principais sintomas, as possíveis complicações, a importância do tratamento medicamentoso, mas também do não medicamentoso como a dieta adequada, prática de exercícios físicos, diminuição do estresse, eliminação hábitos tóxicos como tabagismo, consumo de álcool, entre outros. A equipe também precisa trabalhar mais na captação dos usuários com esta doença, pois a baixa cobertura demonstra que existe pouca pesquisa desta doença, assim como provavelmente um número oculto de usuários sem diagnóstico, motivo pelo qual estamos intensificando as atividades de rastreamento com apoio dos ACS e líderes informais da comunidade.

Quanto à saúde do idoso, há cadastrados no serviço até o momento 352 pacientes idosos, apresentando uma cobertura de 100% em relação à estimativa para a área de 352. Em relação aos indicadores de qualidades desta ação programática, dos cadastrados, 59% (n =209) possuem hipertensão arterial sistêmica e 14% (n=48) possuem diabetes mellitus; 16% (n = 57) dos idosos estão com acompanhamento em dia, foram submetidos a avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade e foram submetidos a orientação para atividade física regular e para hábitos alimentares saudáveis; 32% (n=112) possuem Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; mas nenhum foi submetido a avaliação de saúde bucal. Não há arquivos específicos para os registros do atendimento dos idosos sendo por este motivo complicado levantar estes dados referentes ao controle dos idosos e suas características particulares. O idoso tem prioridade para o atendimento em turnos programados, e os profissionais que participam dos atendimentos são o enfermeiro, o médico da família, ACS e em algumas ocasiões contamos com o apoio do nutricionista, assistente social e psicólogo. Não existe protocolo de atendimento para este público no município, assim como para regular o acesso destes a outros níveis do sistema de saúde, questão está que foi analisada e discutida com a equipe, pois são ferramentas de guia importantes para as condutas dos profissionais.

As ações desenvolvidas no cuidado aos idosos são imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde mental, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo. Também são realizadas atividades de grupos no âmbito de área de

abrangência, em parceria com outros profissionais. A equipe está trabalhando para ter melhor controle nos indicadores de fragilização. É importante estabelecer um arquivo específico dos atendimentos para ter um sistema de dados organizado destes pacientes possibilitando a busca ativa de faltosos, acompanhamento adequado dos idosos de risco, monitoramento da qualidade do atendimento, entre outros. Também há que se intensifiquem as atividades de grupo com participação de todos os profissionais. Todos trabalhando juntos podem fazer muitas ações para melhorar o atendimento à saúde deste grupo de pessoas que precisam de um atendimento diferenciado.

Fazendo uma análise sobre os indicadores de cobertura e qualidade apontados, concluímos que a equipe precisa buscar soluções práticas para minimizar os problemas detectados em um processo constante de construção e reconstrução do processo de trabalho. Todas estas dificuldades forem analisadas com a equipe e gestores do município esperando uma oportuna solução das mesmas.

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

Temos uma equipe de trabalho em que prevalece a união e a boa vontade para melhorar todos os indicadores e deficiências encontradas. Os profissionais estão sempre dispostos ao trabalho e abertos às mudanças, buscando a melhoria das condições de saúde da população. Muitas das questões relatadas mudaram desde o começo do curso, principalmente quanto à inauguração da ESF, organização dos arquivos de prontuários, mas persiste como maior desafio as mudanças no estilo de vida da população.

Na medida em que foram preenchidos os questionários e o CAP tivemos informações mais completas, minuciosas, que mostraram uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela equipe no dia-a-dia e das questões em deficiência. De forma geral, durante este período os aspectos avaliados foram refletidos, abordados e levados à comparação com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Temos muitos desafios a enfrentar, principalmente para alcançar mudanças evidentes na saúde da população, e a partir do conhecimento obtido iremos trabalhar com muito

esmero daqui para frente para elevar os indicadores e melhorar a qualidade de vida da população atendida e contribuir a melhorar a área da saúde do município.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é desenvolvida envolvendo ações programáticas voltadas às situações de vida e saúde de maior prevalência no local de atuação. As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações de promoção e prevenção no território de abrangência, no cuidado individual, familiar e coletivo. O trabalho deve acontecer a partir de um cadastramento prévio das famílias do território e a sua vinculação a unidades básicas de saúde. Neste contexto são de grande importância as ações programáticas porque ajudam a conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica das famílias pelas quais os serviços são responsáveis, com identificação dos problemas de saúde prevalentes e as situações de risco às quais a população está exposta. A relação entre o usuário, famílias e população com os membros da equipe de saúde é um aspecto de real relevância no processo de adesão às ações programáticas.

As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade, e geram altos custos econômicos. Daí a importância das ações programáticas voltadas ao público portador dessas doenças, cujo principal objetivo é alcançar o adequado controle a partir do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, essenciais para a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos e para melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde da população da área de abrangência. Tanto a prevenção quanto o controle adequado da HAS e do DM podem ser alcançados através do controle dos fatores de risco, sendo função primordial da APS a adoção de consultas individuais e ações coletivas que busquem a redução da exposição da população aos fatores de risco, relacionadas aos hábitos de vida danosos à saúde, tais como alimentação inadequada, ingestão excessiva de

sal, tabagismo, sedentarismo (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Cientes disso, o Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes foi o foco escolhido para a intervenção a ser realizada na ESF XV Fátima, devido à alta prevalência e baixas taxas de controle destas patologias, além de serem considerado um dos mais importantes problemas de saúde na área adstrita pela unidade.

A unidade básica de saúde (UBS) se encontra localizada no bairro de Fátima, e funciona como Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da prefeitura do município. A equipe com a qual trabalho está composto por um médico da família, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, além disso, conta COM outros profissionais de apoio como um assistente social e um nutricionista, todos estes sob coordenação geral da Secretaria Municipal de Saúde. A área de adscrição do serviço tem uma população cadastrada de 2588 pessoas, totalizando 772 famílias. As doenças mais frequentes na área são as Doenças Crônicas não Transmissíveis como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus tipo 2, entre outras. A estrutura da ESF apresenta espaço físico semelhante a outras unidades construídas conforme o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde, sendo, constituída por uma sala de imunizações, recepção, área de registro, almoxarifado, sala de lavagem de material, sala de esterilização, sala de estocagem de materiais ambulatoriais, sala de curativos e suturas, sala de procedimentos básicos, cozinha e cinco banheiros.

Na área de atuação da equipe há um total de 323 pessoas hipertensas com 20 anos ou mais, indicando 56% de cobertura dos 579 estimados, e 72 pessoas diabéticas indicando 44% de cobertura dos 165 estimados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP). As ações desenvolvidas atualmente voltadas ao público alvo da intervenção acontecem através das consultas médicas diárias, visitas domiciliares de toda a equipe e através dos grupos específicos sobre hábitos alimentares saudáveis, higiene bucal, prática de exercícios físicos além de contar com apoio do NASF uma vez por semana. O trabalho além de ser prestado na unidade de saúde, acontece também na associação de bairro comunitária. Também são realizadas ações de busca ativa de usuários faltosos visando o adequado controle de saúde e dos fatores de risco da população. A equipe está se reunindo semanalmente para organização dos processos de trabalho, e agora após a análise situacional, os problemas detectados têm sido alvo de constante discussão. Analisando os

resultados dos indicadores de cobertura e de qualidade do Programa de Atenção às Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes pode-se detectar que existe um número baixo de usuários cadastrados até o momento com estas doenças, além de não ter um acompanhamento adequado dos cadastrados, situação que está refletida nos baixos indicadores de qualidade das ações. Pelas dificuldades detectadas a equipe sente-se motivada para realizar a intervenção nesta ação programática, a fim de proporcionar um melhor atendimento e acompanhamento a este grupo de usuários com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e evitar complicações.

A estrutura física da ESF foi finalizada há pouco tempo, e o serviço está funcionando há apenas 9 meses, desde o dia 12 de dezembro de 2014. A ESF não possui atendimento odontológico, este é realizado através da Unidade Móvel que presta atendimento uma vez por semana, ainda estamos trabalhando na confecção dos prontuários clínicos de toda a população, mas contamos com uma equipe de trabalho capacitada e com muita vontade de trabalhar de forma adequada, sendo outro fator positivo a oportunidade de fazer este projeto através do curso de especialização que nos ajuda a identificar as áreas críticas do serviço e desenvolver objetivos, metas e propostas de ações que permitam melhorar o atendimento da população e com cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o que permitirá uma atenção com mais qualidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na ESF XV Fátima, em Cruz Alta/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

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

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

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários 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 área de atuação.

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

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 específico 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 específico 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 específico 5 Mapear o risco dos hipertensos e diabéticos para doença cardiovascular.

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

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

Objetivo específico 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 pacientes 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 está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Estratégia de Saúde da Família XV Fatima, no Município de Cruz Alta, estado do Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção 282 usuários portadores de hipertensão Arterial e/ou 76 usuários portadores de diabetes mellitus residentes na área adstrita da ESF com 20 anos ou mais. Serão utilizados como referência os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde do ano de 2013.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Ação do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O avanço da meta de cobertura será avaliado nas reuniões semanais da equipe com compilação mensal das informações, e todos os membros da equipe apresentarão o relatório realizado durante as visitas domiciliares a este grupo de usuários. A enfermeira e o médico serão os responsáveis pelo monitoramento.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Serão criados registros específicos (fichário) para os usuários hipertensos e diabéticos, que serão atualizados pelos agentes comunitários de Saúde, contendo data das consultas, a conduta terapêutica, entre outras informações relevantes para possibilitar a renovação da prescrição médica e o controle das ações a serem realizadas.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão.

Detalhamento: Todos os usuários que solicitarem atendimento na área de atuação serão acolhidos. Os usuários serão acompanhados por meio das visitas domiciliares e as visitas serão agendadas de acordo com a gravidade do caso. Os usuários receberão informação sobre o programa Hiperdia e serviços de urgências no município.

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

Detalhamento: o gerente da unidade deverá assegurar que sempre esteja à disposição da equipe o material para a aferição da pressão arterial e que os equipamentos sejam calibrados e testados periodicamente. Será necessário articular mecanismos de contato com os profissionais de manutenção dos equipamentos para que realizem revisão dos mesmos em determinado tempo.

Ações do eixo engajamento público

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

Detalhamento: as ações serão realizadas em conjunto com a equipe de trabalho disseminando as informações através de folhetos e palestras educativas à comunidade em geral sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/mmHg e fatores de risco para estas doenças. Estas ações também serão realizadas em cada visita domiciliar. Foi conversado com a gestora do município sobre a importância de reproduzir folhetos sobre estas doenças para entregar aos usuários, familiares e aos grupos de riscos.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

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

- Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: serão realizadas atividades de educação permanente a todos os membros da equipe sobre a aferição de pressão arterial, cadastramento de usuários com estas doenças. As agentes comunitárias receberão capacitação pela coordenadora das ACS na secretária de saúde e também participarão das capacitações da equipe.

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Ação do eixo: monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O avanço da meta de cobertura será avaliado nas reuniões semanais da equipe com compilação mensal das informações, e todos os membros da equipe apresentarão o relatório realizado durante as visitas domiciliares a este grupo de usuários. A enfermeira e o médico serão os responsáveis pelo monitoramento.

Ações do eixo organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Serão criados registros específicos (fichário) para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, atualizados pelos Agentes comunitárias de Saúde, contendo data das consultas, a conduta terapêutica, entre outras informações relevantes para possibilitar a renovação da prescrição médica e o controle das ações a serem realizadas.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Todos os pacientes que solicitarem atendimento na área de atuação serão acolhidos. Os usuários serão acompanhados por meio das visitas domiciliares e as visitas serão agendadas de acordo com a gravidade do caso. Os usuários receberão informação sobre o programa de Hiperdia, e serviços de urgências no município.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: o gerente da unidade deverá assegurar que sempre esteja à disposição da equipe o material para a aferição glicemia capilar e que os equipamentos sejam testados periodicamente. Será necessário articular mecanismos de contato com os profissionais de manutenção dos equipamentos para que realizem revisão dos mesmos em determinado tempo.

Ações do eixo engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

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

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: as ações serão realizadas em conjunto com a equipe de trabalho disseminando as informações através de folhetos e palestras educativas à comunidade em geral sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/80 mmhg e fatores de risco para estas doenças. Estas ações também serão realizadas em cada visita domiciliar. Foi conversado com a gestora do município sobre a importância de reproduzir folhetos sobre estas doenças para entregar aos usuários, familiares e aos grupos de riscos.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

- 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: serão realizadas atividades de educação permanente a todos os membros da equipe sobre cadastramento de usuários com estas doenças, e necessidade de realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/80 mmhg. As agentes comunitárias receberão capacitação pela coordenadora das ACS na secretária de saúde e também participarão das capacitações da equipe.

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

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Os exames serão sugeridos aos usuários hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo, e serão anotados nos prontuários clínicos e na ficha espelho. Os registros serão revisados de modo que todos os cadastrados realizem os exames laboratoriais.

Ações do eixo organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: A agenda do serviço e dos profissionais será reorganizada de forma a oportunizar a participação de todos os integrantes nas capacitações e reuniões de planejamento e monitoramento da intervenção. Nestes momentos as atribuições dos profissionais serão definidas conforme necessidade do serviço e capacidade técnica de cada um. Será discutida com a gestora a necessidade de impressão do protocolo, e da criação de um cronograma anual de educação permanente com o objetivo de capacitar aos profissionais.

Ação do eixo engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão realizadas palestras educativas, atividades nas comunidades, distribuídos folhetos informativos sobre as complicações destas doenças. As atividades são realizadas durante as visitas domiciliares, as palestras e atividades na comunidade serão organizadas uma vez por semana, sob responsabilidade do médico e da enfermeira.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão aos profissionais, em reuniões organizadas depois da reunião semanal.

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

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

Detalhamento: Os exames serão sugeridos aos usuários diabéticos de acordo com o protocolo, e serão anotados nos prontuários clínicos e na ficha espelho. Os registros serão revisados de modo que todos os cadastrados realizem os exames laboratoriais.

Ações do eixo organização e gestão do serviço

- 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.

Detalhamento: A agenda do serviço e dos profissionais será reorganizada de forma a oportunizar a participação de todos os integrantes nas capacitações e

reuniões de planejamento e monitoramento da intervenção. Nestes momentos as atribuições dos profissionais serão definidas conforme necessidade do serviço e capacidade técnica de cada um. Será discutida com a gestora a necessidade de impressão do protocolo, e da criação de um cronograma anual de educação permanente com o objetivo de capacitar aos profissionais.

Ações do eixo engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão realizadas palestras educativas, atividades nas comunidades, distribuídos folhetos informativos sobre as complicações destas doenças. As atividades são realizadas durante as visitas domiciliares, as palestras e atividades na comunidade serão organizadas uma vez por semana, sob responsabilidade do médico e da enfermeira.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão aos profissionais, em reuniões organizadas depois da reunião semanal.

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

Ação no eixo monitoramento e avaliação

- 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.

Detalhamento: Os registros serão revisados de modo que todos os usuários com esta doença realizem os exames laboratoriais de acordo com a periodicidade

recomendada e com o protocolo adotado para o serviço. O médico e a enfermeira avaliarão sistematicamente o desenvolvimento destas ações.

Ações do eixo organização e gestão do serviço

- 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.

Detalhamento: Será discutido com os gestores do município como poderá cumprida esta meta, uma vez que foge da governabilidade da equipe a disponibilização de cotas suficientes.

Ações do eixo engajamento público

- 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.

Detalhamento: A comunidade será informada mediante palestras educativas sobre a importância de realizar exames complementares com a periodicidade requerida.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão aos profissionais, em reuniões organizadas depois da reunião semanal.

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

Ação no eixo monitoramento e avaliação

- 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.

Detalhamento: Os registros serão revisados de modo que todos os usuários com esta doença realizem os exames laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada e com o protocolo adotado para o serviço. O médico e a enfermeira avaliarão sistematicamente o desenvolvimento destas ações.

Ações do eixo organização e gestão do serviço

- 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.

Detalhamento: Será discutido com os gestores do município como poderá ser cumprida esta meta, uma vez que foge da governabilidade da equipe a disponibilização de cotas suficientes.

Ações do eixo engajamento público

- 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.

Detalhamento: A comunidade será informada mediante palestras educativas sobre a importância de realizar exames complementares com a periodicidade requerida.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão aos profissionais, em reuniões organizadas depois da reunião semanal.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão o acesso aos medicamentos de uso contínuo para os usuários hipertensos. Na ESF são dispensados os medicamentos aos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira da unidade irá revisar de forma sistemática o estoque de medicamentos para garantir o abastecimento e evitar as faltas dos mesmos.

Ação do eixo engajamento público

- 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: A comunidade será informada mediante palestras educativas sobre o direito da aquisição de medicamentos de uso contínuo.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

- 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: O médico e a enfermeira capacitarão aos profissionais, em reuniões organizadas depois da reunião semanal.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão o acesso aos medicamentos de uso contínuo para os usuários hipertensos. Na ESF são dispensados os medicamentos aos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira da unidade irá revisar de forma sistemática o estoque de medicamentos para garantir o abastecimento e evitar as faltas dos mesmos.

Ações do eixo engajamento público

- 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: A comunidade será informada mediante palestras educativas sobre o direito da aquisição de medicamentos de uso contínuo.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão aos profissionais, em reuniões organizadas depois da reunião semanal.

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

Serão criados registros específicos (fichário) para os usuários hipertensos e diabéticos, que serão atualizados pelos agentes comunitários de Saúde, contendo data das consultas, a conduta terapêutica, entre outras informações relevantes para possibilitar.

Ação do eixo monitoramento e avaliação

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Nos registros específicos (Fichários) para os usuários hipertensos será colocado datas das consultas realizadas pelo dentista, serão revisados de modo que

todos os usuários com esta doença realizem a avaliação odontológica. O médico e a enfermeira avaliarão sistematicamente o desenvolvimento destas ações.

Ações do eixo organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Será discutido com os gestores do município como poderá ser cumprida esta meta, uma vez que foge da governabilidade da equipe a disponibilização de atendimento odontológico aos usuários hipertensos.

Ação do eixo engajamento público

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

Detalhamento:

Serão realizadas atividades individuais e coletivas com os usuários hipertensos e com a comunidade afim de sensibilizar para a importância de assistir as consultas com o dentista com a periodicidade orientada.

Ação do eixo capacitação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe será capacitada para que durante as consultas e as visitas domiciliares aos usuários falem sobre a importância das consultas odontológicas e sua periodicidade.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Nos registros específicos (Fichários) para os usuários diabéticos será colocado data das consultas realizadas pelo dentista, serão revisados de modo que todos os usuários com esta doença realizem a avaliação odontológica. O médico e a enfermeira avaliarão sistematicamente o desenvolvimento destas ações.

Ações do eixo organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Será discutido com os gestores do município como poderá ser cumprida esta meta, uma vez que foge da governabilidade da equipe a disponibilização de atendimento odontológico aos usuários diabéticos.

Ação do eixo engajamento público

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

Ação do eixo capacitação da prática clínica

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

Detalhamento:

A equipe será capacitada para que durante as consultas e as visitas domiciliares aos usuários falem sobre a importância das consultas odontológicas e sua periodicidade.

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será mantido um controle sobre a participação dos hipertensos nas consultas que serão agendadas e programadas de acordo com os protocolos e monitoradas através da revisão das fichas espelho.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será priorizada a realização de visitas domiciliares e agendamento das consultas para os usuários buscados nas visitas.

Ações do eixo engajamento público

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

Detalhamento: Serão realizadas atividades individuais e coletivas com os usuários portadores destas doenças e para cumprir com a periodicidade das consultas.

Ação referente ao eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Os ACS serão capacitados para que durante as visitas aos usuários falem sobre a importância das consultas e sua periodicidade.

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será mantido um controle sobre a participação dos diabéticos nas consultas que serão agendadas e programadas de acordo com os protocolos e monitoradas através da revisão das fichas espelho.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será priorizada a realização de visitas domiciliares e agendamento das consultas para os usuários buscados nas visitas.

Ações do eixo engajamento público

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

Detalhamento: Serão realizadas atividades individuais e coletivas com os usuários portadores destas doenças para cumprir a periodicidade das consultas.

Ação referente ao eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Os ACS serão capacitados para que durante as visitas aos usuários falem sobre a importância das consultas e sua periodicidade.

Objetivo específico 4 Melhorar o registro das informações Ações do eixo monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos.

Detalhamento: serão criados os registros específicos para os usuários hipertensos sendo avaliados semanalmente pela enfermeira e/ou médico.

Ações do eixo organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta

quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A equipe continuará atualizando as informações do SIAB, e passará a registrar as informações na ficha de acompanhamento. No início da intervenção será organizado em equipe como será realizado o registro das informações e elegido um responsável. Serão desenvolvidas atividades que facilitem o trabalho com os registros de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ações do eixo engajamento público

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

Detalhamento: Será discutido com a comunidade sobre seus direitos de saúde através da divulgação da Carta do Direito dos Usuários.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Nas primeiras semanas da intervenção serão desenvolvidas atividades de capacitação que facilitem o trabalho com os registros de acompanhamento.

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos.

Detalhamento: serão criados os registros específicos para os usuários hipertensos e diabéticos sendo avaliados semanalmente.

Ações do eixo organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta

quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A equipe continuará atualizando as informações do SIAB, e passará a registrar as informações na ficha de acompanhamento. No início da intervenção será organizado em equipe como será realizado o registro das informações e elegido um responsável. Serão desenvolvidas atividades que facilitem o trabalho com os registros de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ações do eixo engajamento público

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

Detalhamento: Será discutido com a comunidade sobre seus direitos de saúde através da divulgação da Carta do Direito dos Usuários.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Nas primeiras semanas da intervenção serão desenvolvidas atividades de capacitação que facilitem o trabalho com os registros de acompanhamento.

Objetivo específico 5 Mapear o risco dos hipertensos e diabéticos para doença cardiovascular.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar se toda a equipe está resgatando as informações necessárias para a realização da estratificação de risco, e se a classificação está sendo realizada após cada atendimento médico ou de enfermagem. A informação será escrita nas fichas espelho e atualizada pelas agentes comunitárias, sob supervisão da enfermeira.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os usuários serão avaliados pela enfermeira e agendados de acordo com a estratificação do risco, segundo as recomendações do protocolo. Garantiremos porta aberta do serviço, com realização acolhimento a todos os usuários que solicitarem atendimento imediatamente no mesmo turno e será garantido retorno agendado.

Ação do eixo engajamento público

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

Detalhamento: Serão promovidas atividades educativas durante as consultas e visitas domiciliares sobre a importância do acompanhamento e do adequado controle de fatores de risco.

Ação do eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Serão fornecidas capacitações sistemáticas à equipe sobre a importância da estratificação de risco de Framingham e dos fatores de risco modificáveis. A equipe também será incentivada a conhecer as informações necessárias para a realização da estratificação de risco, a informação será escrita nos prontuários clínicos e atualizada anualmente durante as consultas.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar se toda a equipe está resgatando as informações necessárias para a realização da estratificação de risco, e se a classificação está sendo realizada após cada atendimento médico ou de enfermagem. A informação será escrita nas fichas espelho e atualizada pelas agentes comunitárias, sob supervisão da enfermeira.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os usuários serão avaliados pela enfermeira e agendados de acordo com a estratificação do risco, segundo as recomendações do protocolo. Garantiremos porta aberta do serviço, com realização acolhimento a todos os

usuários que solicitarem atendimento imediatamente no mesmo turno e será garantido retorno agendado.

Ação do eixo engajamento público.

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

Detalhamento: Serão promovidas atividades educativas durante as consultas e visitas domiciliares sobre a importância do acompanhamento e do adequado controle de fatores de risco.

Ação do eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Serão fornecidas capacitações sistemáticas à equipe sobre a importância da estratificação de risco de Framingham e dos fatores de risco modificáveis. A equipe também será incentivada a conhecer as informações necessárias para a realização da estratificação de risco, a informação será escritos nos prontuários clínicos e atualizados anualmente durante as consultas.

Objetivo específico 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: o monitoramento desta ação será realizado pelo médico e/ou enfermeira através da revisão das fichas espelho.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas aos hipertensos sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Articularemos as ações de promoção de alimentação saudável e modo de vida saudável direcionados às famílias destes grupos de usuários.

Ação do eixo engajamento público

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: serão desenvolvidas atividades em conjunto com a nutricionista, a enfermeira e o médico sobre hábitos alimentícios saudáveis, através de palestras e atividades educativas na comunidade.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: serão realizadas atividades de forma permanente a todos os membros da equipe, durante as reuniões semanais.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: o monitoramento desta ação será realizado pelo médico e/ou enfermeira através da revisão das fichas espelho.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas aos diabéticos sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento: Articularemos as ações de promoção de alimentação saudável e modo de vida saudável direcionados às famílias destes grupos de usuários.

Ação do eixo engajamento público

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão realizadas ações educativas sobre a importância da alimentação saudável e os frequentadores dos grupos serão incentivados a criar hábitos saudáveis através do apoio e das orientações da nutricionista.

Ações do eixo qualificação da pratica clinica

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

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Detalhamento: serão realizadas atividades de forma permanente a todos os membros da equipe, durante as reuniões semanais.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: a realização desta ação será monitorada através da revisão semanal as fichas espelho.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Será incentivada a criação de espaços coletivos nas comunidades com o apoio do educador físico para a prática de exercício físico nestes locais.

Ação do eixo engajamento público

- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Serão realizadas ações em grupo de promoção da saúde abordando a importância da prática de atividade física regular e dos hábitos saudáveis.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizaremos atividades de capacitação de forma permanente a todos os membros da equipe, durante as reuniões semanais.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: a realização desta ação será monitorada através da revisão semanal as fichas espelho.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento: Será incentivada a criação de espaços coletivos nas comunidades com o apoio do educador físico para a prática de exercício físico nestes locais, e para isso será solicitado o apoio do gestor.

Ação do eixo engajamento público

- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Serão realizadas ações em grupo de promoção da saúde abordando a importância da prática de atividade física regular e dos hábitos saudáveis.

Ações do eixo qualificação da pratica clinica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: Realizaremos atividades de capacitação de forma permanente a todos os membros da equipe, durante as reuniões semanais.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: o monitoramento será realizado semanalmente pela enfermeira, através da revisão das fichas espelho.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Serão criados grupos de tabagismo com facilidade de distribuição dos medicamentos previamente acordados com a gestora.

Ação do eixo engajamento público

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Serão desenvolvidas atividades que ajudem a minimizar os riscos do tabagismo, com a criação de grupos de abordagem dos tabagistas. Também serão realizadas atividades nos diferentes espaços da comunidade, através de palestras educativas, distribuição de folhetos.

Ações do eixo qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para o tratamento de hipertensos tabagistas.

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas de forma permanente a todos os membros da equipe, durante as reuniões semanais.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: o monitoramento será realizado semanalmente pela enfermeira, através da revisão das fichas espelho.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Serão criados grupos de tabagismo com facilidade de distribuição dos medicamentos previamente acordados com a gestora.

Ação do eixo engajamento público

- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Serão desenvolvidas atividades que ajudem a minimizar os riscos do tabagismo, com a criação de grupos de abordagem dos tabagistas. Também serão realizadas atividades nos diferentes espaços da comunidade, através de palestras educativas, distribuição de folhetos.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para o tratamento de diabéticos tabagistas.

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas de forma permanente a todos os membros da equipe, durante as reuniões semanais.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e enfermeira durante as consultas, as visitas domiciliares e as atividades de grupos realizarão ações de como manter uma adequada higiene bucal e sobre as possíveis complicações odontológicas comuns aos hipertensos.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

- Organizar tempo médio de consultas dos hipertensos com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Durante as consultas programadas aos usuários hipertensos ofereceremos orientações individuais, sendo reservado um tempo médio de 15 minutos para cada consulta.

Ação do eixo engajamento público

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Serão realizadas ações de educação em saúde sobre a importância do cuidado bucal e as consequências do tabagismo.

Ações do eixo qualificação da pratica clinica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizaremos capacitações de forma permanente a todos os membros da equipe, durante as reuniões semanais.

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

Ação do eixo monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e enfermeira durante as consultas, as visitas domiciliares e as atividades de grupos realizarão ações de como manter uma adequada higiene bucal e sobre as possíveis complicações odontológicas comuns aos diabéticos.

Ação do eixo organização e gestão do serviço

- Organizar tempo médio de consultas dos hipertensos com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Durante as consultas programadas aos pacientes diabéticos ofereceremos orientação individual, sendo reservado um tempo médio de 15 minutos para cada consulta.

Ação do eixo engajamento público

- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Serão realizadas ações de educação em saúde sobre a importância do cuidado bucal e as consequências do tabagismo.

Ações do eixo qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizaremos capacitações de forma permanente a todos os membros da equipe, durante as reuniões semanais.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial 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 Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exames complementares em

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número 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: Proporção de diabéticos com necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Objetivo específico 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 com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa.

Denominador: Número total hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos a 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 com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos a consultas com busca ativa.

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

Objetivo específico 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 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 específico 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: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo específico 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 saudável.

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

Denominador: Número total 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 saudável.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.
Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar como referência o Manual Técnico Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro da unidade que contém todas as pessoas hipertensas e/ou diabéticas, identificando todos os usuários que receberam atendimento nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários de atendimento ambulatorial destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis para fichas espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames laboratoriais em atraso, imunizações e sobre as orientações recebidas sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos e tabagismo entre outras ações pactuadas.

No município existe a ficha de acompanhamento da HAS e DM. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, dados relativos à estratificação de risco cardiovascular, exames complementares periódicos, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e a medida da sensibilidade dos pés nos pacientes diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção será utilizada a ficha de espelho fornecida pela UFPel (Anexo B) com todos estes dados e não a ficha de acompanhamento disponíveis no município. Estimamos alcançar com a intervenção 85% dos hipertensos e/ou diabéticos residentes na área adstrita pela ESF. Será realizado contato com a gestora municipal para dispor das 323 fichas de espelho para os hipertensos e de 76 fichas de espelho para os usuários diabéticos. As informações dos prontuários clínicos serão transcritas para as fichas espelho e destas para a planilha de coleta de dados também fornecida pela UFPel, permitindo

o acompanhamento da intervenção e monitoramento das ações pactuadas e avanços nos indicadores.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho e transcreverá as informações para a planilha de coleta de dados identificando a cobertura do programa, aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Também será monitorado o acesso às medicações da farmácia popular HIPERDIA, o número de usuários que precisam de atendimento odontológico, que estão com classificação de risco em dia, a qualidade dos registros, assim como os que foram submetidos a orientações sobre a prática de atividade física regular, orientações sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelo monitoramento das ações.

O agente comunitário de saúde (ACS) fará busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos com atraso em alguma ação. Estima-se que seja necessária a busca de 5 hipertensos e/ou diabéticos por dia, totalizando 100 por mês. Para estes será agendada avaliação em horário adequado às suas necessidades e ajustado ao funcionamento da UBS.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe de trabalho. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os Manuais Técnicos de Hipertensão e Diabetes para que toda a equipe utilize estas referências na atenção ao público alvo. A capacitação dos profissionais envolverá capacitação das ACS para o cadastramento de pacientes com hipertensão e diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde; a capacitação dos profissionais responsáveis pelo atendimento individual para a realização de exame clínico apropriado, para a estratificação de risco seguido a escala de framingham ou lesões em órgãos alvos, para solicitação de exames complementares, para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; a capacitação dos profissionais médicos, enfermeiro e técnico de enfermagem para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg; e de toda a equipe sobre metodologias de educação em saúde, sobre as alternativas para obter acesso do público alvo a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, quanto à periodicidade das consultas, quanto ao preenchimento

de todos os registros, quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e estímulo ao cuidado à saúde bucal.

A capacitação ocorrerá na ESF, portanto a equipe poderá contar com a presença de outros profissionais como a nutricionista. Para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião semanal da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico competente à sua atribuição e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Também serão utilizados recursos audiovisuais como os cartazes motivadores e instrutivos com textos reduzidos em cores, de fácil compreensão.

Faremos contato com a associação de moradores, representantes da comunidade (líderes formais e informais da comunidade) em diferentes sítios da aérea de atuação (igrejas, praça, etc.) e apresentaremos o Programa de Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes esclarecendo a importância do rastreamento de usuários com estas doenças, da aferição da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos, além da glicemia capilar a todos com fatores de risco de diabetes e com história familiar desta doença, assim como a importância de comparecer a consultas programadas, de realizar exames complementares de forma oportuna e reduzir os fatores de risco modificáveis. Também serão expostos os riscos envolvidos à falta do cuidado da saúde bucal neste público. Solicitaremos apoio destes integrantes da comunidade no sentido de ampliar a busca ativa destes usuários e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional com o objetivo de melhorar as condições de vida e evitar as complicações que comprometem a vida dos usuários, famílias e a sociedade como um todo. Estas mesmas orientações terão como alvo principal as pessoas com hipertensão e/ou diabetes, mas serão repassadas à comunidade em geral informando ainda a periodicidade recomendada para estas consultas, e solicitando auxílio destes para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes. E serão informados os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Está previsto o começo destas ações para os primeiros dias da intervenção, sendo responsáveis por estas atividades todos os profissionais da equipe. Serão

utilizados recursos audiovisuais como os cartazes motivadores e instrutivos preparados pela equipe, com desenvolvimento de atividades educativas realizadas aos grupos específicos, durante as consultas de acompanhamento individual e nas visitas domiciliares com participação da família, sendo responsável o médico, enfermeira, a técnica de enfermagem e os ACS.

O público alvo será acompanhado durante as consultas e visitas domiciliares, com agendamento progressivo de acordo com o risco dos casos. Os que procurarem o serviço com problemas agudos receberão atendimento no mesmo turno para agilizar o tratamento, e os que buscarem consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora entre a procura e a avaliação deverá ser menor do que três dias. Todos os usuários que receberem atendimento saem da unidade com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de problemas agudos não há necessidade de alterar a organização da agenda, este serão priorizado nas consultas já disponíveis para pronto atendimento. Para agendar as consultas dos usuários hipertensos e diabéticos serão reservadas 5 consultas diárias, 20 consultas por semana totalizadas em 100 consultas ao mês e 400 consultas durante os quatro meses de execução do projeto, com um tempo médio de 20 minutos para cada consulta. Cada membro da equipe participará no acolhimento e atendimento deste grupo de usuários. A técnica de enfermagem realizará a aferição dos sinais vitais, o teste de glicose capilar e oferecerá palestras educativas coletivas. A enfermeira realizará a anamnese e orientações individuais sobre dieta, uso de medicações, hábitos saudáveis, assim como verificará a participação às consultas e atividades grupais. O médico realizará avaliação integral do indivíduo e da família, assim como o contexto social e mental, o histórico individual e familiar, uso da medicação adequada, exame físico minucioso e avaliação da compreensão sobre as orientações realizadas. E cada profissional será responsável pelo preenchimento das informações nas fichas espelho, de acordo com as ações que cada um realizará.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação da equipe sobre o protocolo e as ações pactuadas, e estabelecimento do papel de cada profissional.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X															
Reprodução dos impressos, organização do arquivo específico, com fichário rotativo.	X															
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias e familiares.	X															
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos pelo médico, enfermeiro, nutricionista, odontólogo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupos de hipertensos e diabéticos	X				X				X				X			
Busca ativa dos faltosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atualização da ficha espelho.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento das ações.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião de equipe para monitoramento da intervenção.	X				X				X				X			
Reunião entre a equipe de saúde, gestão e lideranças comunitárias.	X				X				X				X			

3 Relatório da Intervenção

Neste item será descrito todo o processo da intervenção, sendo descritas as ações que foram desenvolvidas pela equipe e que contemplaram os quatro eixos temáticos propostos pelo curso, sendo eles: a qualificação da prática clínica, o engajamento público, a organização e gestão do serviço e o monitoramento e avaliação. Também será descrito os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações e os aspectos dificultadores. É válido ressaltar que a intervenção visava atender a integralidade do cuidado a saúde dos hipertensos e ou diabéticos pertencentes a área de abrangência na ESF XV Fátima. Todo este processo contou com o apoio do gestor, de todos da equipe, dos hipertensos e diabéticos, seus familiares e da comunidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O início da intervenção foi um grande desafio porque ainda não tínhamos a rotina de serviço na ESF, Ainda assim, conseguimos desenvolver as ações programadas para as primeiras semanas na atenção às pessoas hipertensas e/ou diabéticas. Realizamos reunião de equipe para organizar e orientar como seria realizada a intervenção, e quais seria as atribuições de cada profissional, uma das ACS esteve ausente por licença maternidade, mas após se incorporou ao projeto.

A capacitação da equipe sobre ao protocolo adotado como referência foi realizada com o auxílio de slides, já na primeira semana. Foram apresentados aspectos mais relevantes destas doenças pela médica e enfermeira, em ocasiões contamos com apoio da nutricionista, centrando o tema na importância do diagnóstico precoce, fatores de risco para desenvolver a hipertensão e diabetes, assim como os fatores de risco de complicações destas doenças, o tratamento

farmacológico e não farmacológico, e a importância do acompanhamento regular por parte do serviço de saúde. Foram abordados ainda temas relacionados aos prováveis motivos dos usuários não comparecem com a frequência estabelecida às consultas, sendo que estes alegam a falta de medicamentos e a demora em serem atendidos como fatores de desmotivação. Participaram das capacitações os ACS, a enfermeira, a técnica de enfermagem, a médica generalista, em alguns momentos contamos com apoio do NASF. Foi motivadora a presença de todos e o interesse que mostraram, esclarecemos dúvidas, trocamos informações e consideramos muito prudente a capacitação.

Toda a equipe participou de forma ativa na organização do arquivo, as ACS e a secretaria apoiaram muito na execução de esta atividade, ao início apresentamos dificuldades com a aquisição das fichas espelhos logo de dar a conhecer a importância de nosso trabalho estas foram resolvidas. As informações sobre os usuários lançadas nas fichas espelho foram recolhidas pelos ACS utilizando seus pequenos registros anteriores não atualizados, e os cadastros atuais. Nas consultas médica e de enfermagem, assim como nas visitas domiciliares essas informações eram complementadas. Nas fichas espelho além das informações de todos os usuários foram registradas também um alerta para o agendamento das consultas seguintes. O monitoramento do preenchimento das fichas espelho, a verificação da qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos foi realizada pela enfermeira e a médica, realizando o monitoramento semanal do cumprimento de esta atividade.

Ampliamos a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético de forma integral. Foi realizado o cadastro de todos os usuários com estas doenças pelas ACS, durante as visitas domiciliares a criação dos grupos HIPERDIA onde objetivamos incorporar a maior quantidade de usuários com estas doenças

O maior fluxo de atendimentos ocorreu nas quartas-feiras que é o dia destinado apenas para o atendimento de hipertensos e diabéticos, e durante o grupo HIPERDIA, e em menor quantidade no restante dos dias quando estes usuários eram atendidos por demanda espontânea e alguns por agendamentos. A maioria dos usuários realizou a consulta médica, pois a enfermeira esteve ocupada em alguns momentos com outras atividades. Mesmo assim ela contribuiu com o trabalho em parceria com a técnica de enfermagem e os ACS. Todos fizeram um esforço para o trabalho acontecer da melhor forma possível. Durante as consultas foram

realizando exame clínico completo, solicitados exames, fornecidas orientações sobre os cuidados à saúde importantes para evitar complicações referentes a estas patologias, houve encaminhamentos a outras especialidades médicas quando necessário tudo seguindo o protocolo de referência. Facilitamos o agendamento de consultas a partir do acolhimento da demanda espontânea.

Em alguns momentos contamos com apoio do NASF, a nutricionista foi quem mais participou e apoiou nossa atividade, relevando propostas que ajudaram a equipe com uma maior informação sobre alimentação e obesidade assim como os riscos de este para evitar complicações.

Foi atribuição dos ACS a realização das visitas domiciliares aos usuários faltosos à consulta. Durante as reuniões semanais sempre existia um espaço para dar a conhecer aos usuários faltosos as consultas, que eram detectados através da agenda de agendamento na recepção e à semana era realizada a busca ativa de estes usuários.

No transcurso das semanas fizemos visitas às pessoas diabéticas/ hipertensas com consultas atrasadas e que alegavam não ter interesse em comparecer às avaliações por sentirem-se bem e por priorizarem outras atividades. Nestas visitas explicamos que a consulta não é apenas para pegar a receita e o remédio, sendo muito importante uma avaliação completa do estado de saúde, e que eram momentos para esclarecimento de dúvidas, orientações sobre o tratamento não medicamentoso. Dessa forma conseguimos convencê-los a ir à ESF com mais frequência. Também visitamos usuários idosos com vulnerabilidades e todos demonstraram gratidão.

Divulgamos para a existência do Programa de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e interagimos com os membros mais influentes da comunidade. Realizamos ações de promoção da saúde com a comunidade expondo o objetivo da intervenção. Esclarecemos aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Conseguimos orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, o que teve bom resultado na elevação da percepção de risco das doenças e adesão às ações ofertadas pela unidade de saúde. Muitos aderiram à realização de atividade física no grupo que organizado pela prefeitura do município com educadores físicos, logrando incorporar esta atividade no posto ou à

realização de exercícios nas academias, assim como consultas com a nutricionista do posto de saúde.

Todas estas atividades educativas que foram organizadas e planejadas pela a equipe aconteceram à maioria em nossa ESF, foi criado o grupo de HIPERDIA com funcionamento semanal todas as terças de manhã, o grupo de atividade física com apoio de educador físico realizadas segunda de tarde, as consultas com a nutricionista quarta de tarde, e o grupo terapêutico de saúde mental de quinze em quinze dias com a psicóloga, todas estas atividades tiveram boa aceitação por nossa comunidades, usuários e familiares.

Também fizemos atividades de promoção de saúde com os idosos, realizando testes rápidos de glicose e aferindo a pressão de todos eles. Fizemos uma atividade intensiva de rastreamento da hipertensão aferindo a pressão de todo usuário maior de 20 anos que esteve na ESF e hemoglicoteste às pessoas com fatores de risco para diabetes mellitus.

Encontramos usuários com tratamentos monoterapêuticos por mais de dez anos e com valores alterados da pressão arterial e glicose. Muitos com condições de terem esfigmomanômetros e glicosímetros para um melhor dessas doenças, mas não acreditavam na importância de ter estes aparelhos em casa, ainda que o município forneça glicosímetro para os diabéticos insulínod dependentes. Outros com os aparelhos, mas sem conhecimentos para usá-los, para os quais capacitamos aos familiares e próprios usuários.

Também vivenciamos muitos conhecimentos errados sobre estas doenças, como por exemplo, que só deveriam consumir os remédios ou procurar o médico quando se sentissem mal, ou que não podiam tomar os remédios todos os dias para não acostumar o corpo a estas medicações, que a pressão arterial é sempre adequada em casa e alterando quando na unidade de saúde, entre outros. Tudo foi e está sendo corrigido aos poucos.

Durante o período de intervenção e de forma semanal durante as reuniões da equipe, foram discutidos os indicadores de qualidade, o que nos permitiu tomar ações e estratégias para melhorar aqueles indicadores que se encontravam baixo, assim como a criar estratégias para lograr melhorar estes indicadores como a criação do grupo HIPERDIA, a incorporação dos usuários e familiares ao grupo, a participação de outros profissionais como o dentista, farmacêutico, nutricionista e

psicólogas que apoiaram em nossa intervenção com palestras educativas que incentivaram a participação de nossos usuários.

Senti-me entusiasmada com a intervenção e mesmo com muitas dificuldades para cumprir o cronograma, houve um balanço positivo resultando na melhora da atenção destes usuários. Tudo isto alcançado pelo trabalho individual de cada membro da equipe, que foi definido no início intervenção, e levando a sério por todos, e assim não houve sobrecarga dos profissionais, as ações foram realizadas, atingindo o resultado final próximo do esperado.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Quase todas as ações propostas no projeto foram desenvolvidas em sua totalidade. O principal problema foi no cadastramento dos usuários com HAS e DM onde houve poucos novos cadastros ao longo da intervenção de acordo com o planejado, assim como a redução das semanas de intervenção de 16 para 12 semanas em decorrência das férias do coordenadora do projeto. Também durante a intervenção todos os usuários não conseguiram assistir às consultas porque a maioria deles trabalham e verdadeiramente a equipe não encontrou a maneira para resolver essa situação.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta de dados, fechamento das planilhas de coletas de dados, e cálculo dos indicadores, tiveram dificuldades no começo da intervenção, pois a estimativa fornecida pelo CAP de hipertensos e diabéticos para a área de acordo com a população total é maior, não condizendo com a realidade, mas contávamos com a informação de hipertensos e diabéticos existente na área de abrangência com dados obtidos através do cadastro realizado por as ACS.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Mesmo com resultados nos indicadores que nós da equipe consideramos baixos, acreditamos que conseguimos plantar a semente e que posteriormente serão colhidos ótimos frutos com a melhoria significativa da qualidade do atendimento na ESF.

Das ações planejadas no projeto todas foram cumpridas. As ações realizadas até aqui favoreceram para o melhor trabalho com este grupo de usuários. A solicitação de exames a cada seis meses para os classificados como alto risco, e anualmente para os mais estáveis são elementos incorporados ao nosso dia-a-dia. As consultas com a nutricionista, à oferta de atividade física dirigida de forma individual ou com o grupo de obesos e usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que foram criados no posto que funcionasse uma vez a semana com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de estes usuários, a participação em atividades de promoção da saúde são outros elementos que estão incorporados à rotina. Hoje realizamos grupos operativos com frequência e qualidade que antes não acontecia. Todos os profissionais da equipe vão até as moradias para realização de ações de controle de doenças, tratamentos, busca de usuários faltosos às consultas de seguimento. Todas estas ações e atividades foram implementadas a partir do projeto e estão sendo continuamente aperfeiçoadas.

Percebemos o interesse da população por participar das diferentes ações, por se sentirem melhor atendidos, agradecem o trabalho oferecido e reconhecem que é algo importante para a comunidade, já que o trabalho prestado à população começou antes mesmo de iniciar o funcionamento da ESF, e logo todas as ações e atividades foram desenvolvidas com maior qualidade e com apoio dos demais profissionais, lembrando que quando iniciei o curso, o trabalho da equipe resumia à realização das visitas domiciliares e reuniões de equipe.

Todo o trabalho realizado até o momento continuará sendo parte da rotina da unidade, foi o trabalho que logramos incorporar a nosso dia a dia, com muita organização e participação ativa de todos os integrantes da equipe com muita aceitação e satisfação por os pacientes, familiares e a comunidade. A incorporação

de nosso projeto na rotina seguindo os protocolos na tentativa de ter mais organizada as ações programáticas e dar um melhor cumprimento.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Neste item serão abordados os resultados obtidos para cada meta ao longo dos três meses de intervenção. Serão abordados de forma quantitativa inicialmente sendo descritas as metas, os indicadores e sua evolução no decorrer dos três meses, e por fim será realizada uma análise descrevendo o grau de implementação das ações propostas. É válido ressaltar que durante a intervenção foram trabalhados seis objetivos com o intuito de qualificar o cuidado como um todo ao hipertenso e diabético.

A população total da ESF XV Fátima é de 2588 usuários, com estimativa de 1837 pessoas com 20 anos ou mais de acordo com o CAP, e 323 hipertensos e 72 diabéticos adstritos conforme estimado pela planilha de coleta de dados (Anexo C). Foi utilizado como referência o valor estimado do público alvo fornecido pela planilha de coleta de dados, pelos valores apresentarem mais próximos à realidade na ESF. As ações foram desenvolvidas ao longo de três meses, no período de abril a julho de 2015.

Destaco ainda que o desafio valeu a pena, e todos da equipe puderam desfrutar desse triunfo. A população foi motivada pelas atividades de promoção da saúde e os incentivamos a ter uma participação mais ativa no cuidado à sua saúde. Até o momento, consideramos que o trabalho permitiu alcançar indicadores qualitativos e quantitativos adequados, respeitando o planejado no projeto. A partir de agora serão descritos os resultados obtidos para cada objetivo e meta.

O Objetivo específico 1 foi de Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas que teve como Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética. Obteve-se

a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção observado na figura 1: no primeiro mês de um total de 323 hipertensos estimados para a área de abrangência, 76 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 23,5%; no segundo mês foram cadastrados 137 hipertensos representando uma cobertura de 42,2%, e no terceiro mês foram cadastrados 282 hipertensos representando cobertura de 87,3% ao fim da intervenção.

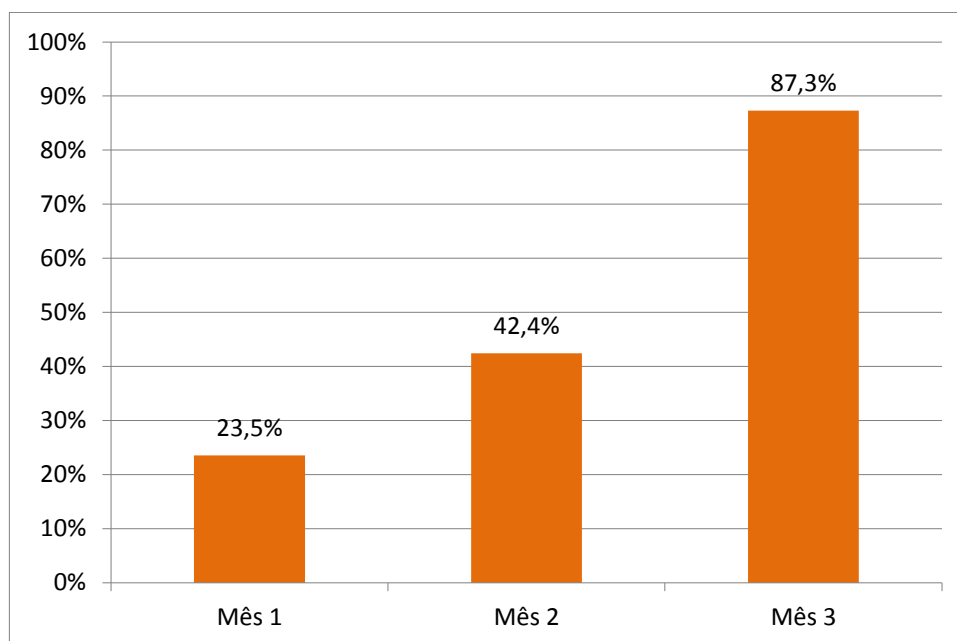


Figura 1 – Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética na ESF XV Fátima, Cruz Alta/RS, 2015.

A Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção observado na figura 2: no primeiro mês de um total de 72 diabéticos estimados para a área de abrangência, 24 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 29,6%; no segundo mês foram cadastrados 52 diabéticos, representando uma cobertura de 64,2% e no terceiro mês foram cadastrados 76 diabéticos representando ao fim da intervenção 93,2% de cobertura do programa da unidade.

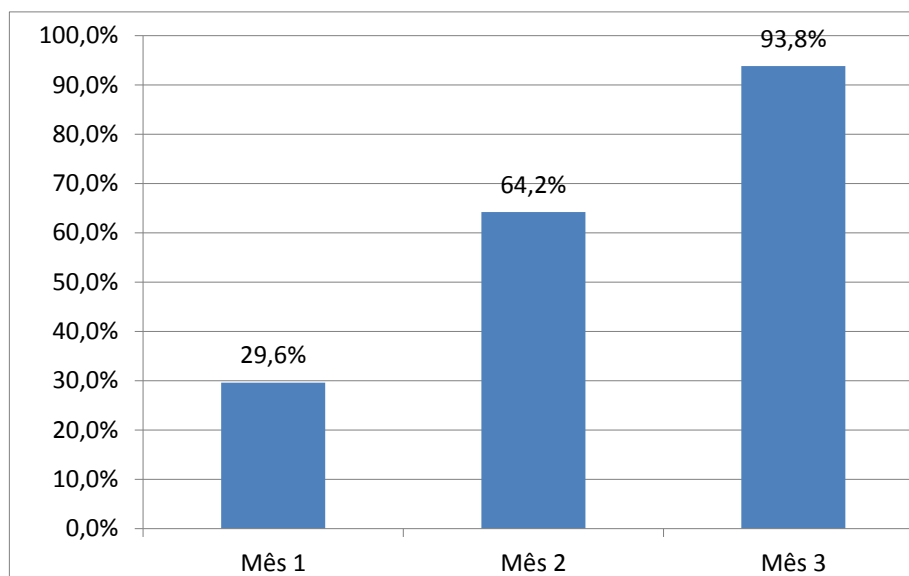


Figura 2 – Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética na ESF XV Fátima, Cruz Alta/RS, 2015.

As metas 1.1 e 1.2 foram atingidas conforme pactuado apesar de alguns fatores como o curto período de tempo da intervenção, dos usuários que não conseguimos atender durante este período porque trabalham e não conseguiram comparecer às consultas em horário comercial, o fato da coordenadora da intervenção ter estado de férias no mês de março o que reduziu em quatro semanas a intervenção, e causou a redução do projeto de 16 para 12 semanas para evitar atrasos na finalização do curso, além de alguns feriados. Mesmo com estas interferências o indicador foi avaliado positivamente, e todo graça ao trabalho em equipe. Em primeiro lugar incrementamos o número de atendimento por dia, a preparação continuada de todos os integrantes da equipe quanto ao conhecimento das doenças para dessa maneira garantir uma maior orientação aos usuários, também à criação do grupo HIPERDIA, com o qual incorporamos um maior número de usuários, tudo permitiu um grande avanço no acompanhamento. Além disso, a equipe pretende ampliar esta cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses.

O Objetivo específico 2 foi de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos que teve como Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100,0% dos hipertensos. Foi avaliado o número de hipertensos com exame clínico em dia em relação aos 282 hipertensos cadastrados no programa. Este indicador foi cumprido em 100,0% atingindo a meta pactuada. No primeiro mês foram avaliados

76 usuários, no segundo e terceiro mês, 137 e 282 respectivamente, atingindo 100% em cada um dos três meses.

A Meta 2.2 foi de garantir que o 100% dos usuários com Diabetes Mellitus tivessem os exames clínicos em dia de acordo ao protocolo. Da mesma forma foi avaliado o número de diabéticos com exame clínico apropriado em dia em relação aos 76 diabéticos cadastrados no programa. No primeiro mês foram avaliados 24 usuários diabéticos, no segundo e terceiro mês foram submetidos ao exame clínico 52 e 76 diabéticos, respectivamente, representando 100% em cada um dos meses. Esta meta também foi cumprida em sua totalidade já que o 100% dos usuários realizarem os exames complementários de acordo com o protocolo.

A equipe programou uma dinâmica de trabalho organizada, com definição objetiva das atribuições dos profissionais, e dessa forma todo usuário diabético que recebeu atendimento individual foi submetido a exame clínico. Organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela ESF o que guiou as consultas individuais. Tudo isso contribuiu para o cumprimento das metas 2.1 e 2.2.

A Meta 2.3 foi de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Este indicador não foi cumprido integralmente como observado na figura 3. No primeiro mês tivemos 42 hipertensos com exame complementar em dia, representando 55,3% dos cadastrados. No segundo mês foram 83 hipertensos com exame complementar em dia, representando 60,6% dos cadastrados. E no terceiro mês tivemos 217 hipertensos com exame clínico em dia representando uma cobertura de 77,0%.

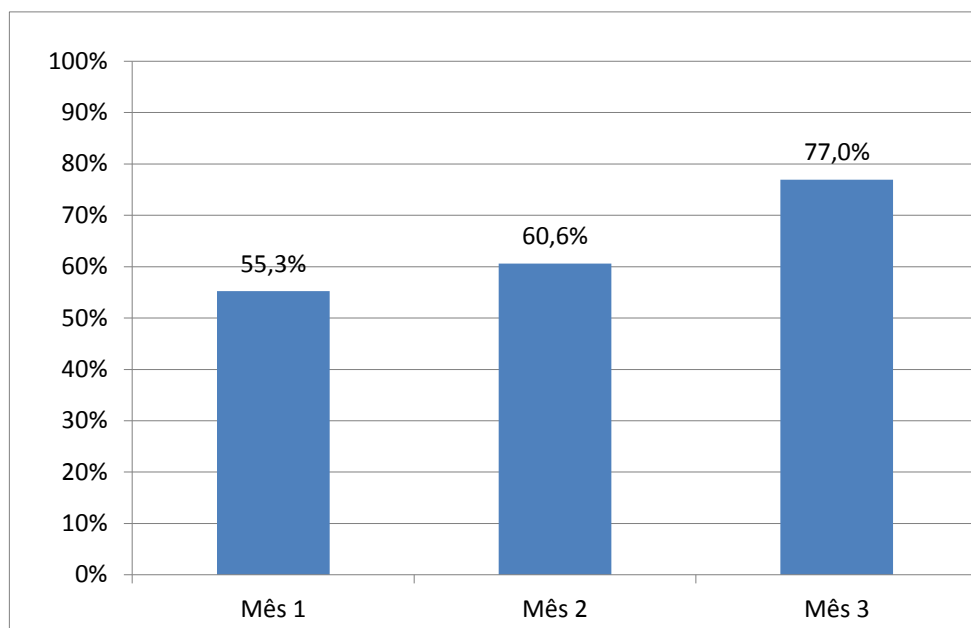


Figura 3 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF XV Fátima, Cruz Alta/RS, 2015.

A Meta 2.4 foi garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês 19 diabéticos estavam com exames complementares em dia, representando 79,2% dos diabéticos cadastrados. No segundo 38 diabéticos estavam com exames complementares, representando 73,1% dos cadastrados. E no terceiro mês 66 diabéticos estavam com exames complementares em dia, representando uma cobertura de 86,8%, como observado na figura 4.

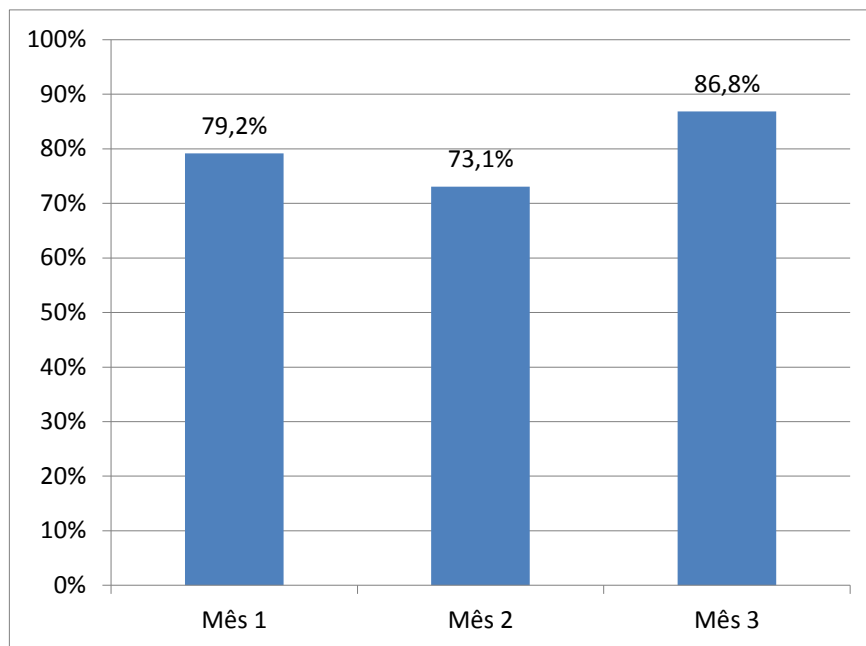


Figura 4 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF XV Fátima, Cruz Alta/RS, 2015.

Nem todas as pessoas hipertensas e/ou diabéticas terminaram a intervenção com os exames complementares em dia conforme protocolo. No entanto, o indicador foi avaliado positivamente, antes de começar a intervenção existia muitas dificuldades com a realização dos exames complementares, no município existe uma cota mensal de exames para cada ESF, e quando esta cota termina os usuários tinham que aguardar o próximo mês o que dificultava a avaliação de estes usuários, estes fatores impediram o cumprimento destas metas 2.3 e 2.4. Ainda assim durante as reuniões de equipe foram organizadas ações que ajudaram a melhorar este indicador. Uma das ações foi justamente a realização de reuniões contínuas com a gestora e coordenadora das ESF para pleitear o aumento da cota de exames do ESF e outra ação foi sugerir os exames a estes usuários durante o grupo HIPERDIA.

A Meta 2.5 foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados. Este indicador não foi cumprido em 100%, como observado na figura 5. Sendo assim, 267 usuários hipertensos receberam a medicação por farmácia popular/HIPERDIA. No primeiro mês 66 usuários hipertensos (86,8%) recebiam medicação da farmácia popular/HIPERDIA, no segundo e terceiro mês 124 (90,5%) e 267 (94,7%) hipertensos respectivamente recebiam medicação da farmácia popular/HIPERDIA.

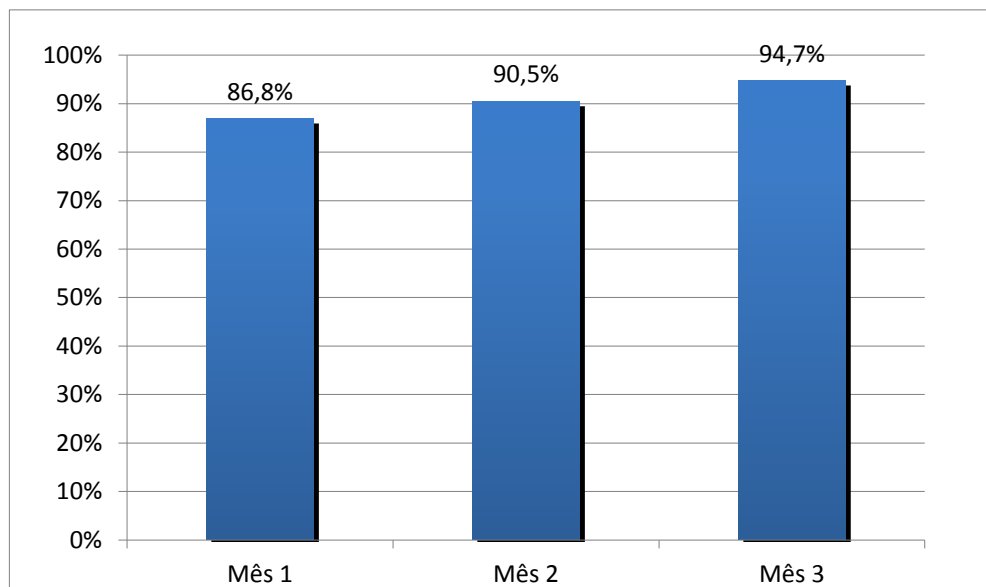


Figura 5 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na ESF XV Fátima, Cruz Alta/RS, 2015.

A Meta 2.6 foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Este indicador não foi cumprido em 100% como observado na figura 6, desta forma alcançamos no primeiro mês 22 usuários diabéticos (91,7%) com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 49 (94,2%) diabético com prescrição de medicamentos da farmácia popular e terceiro mês 73 (96,1%) diabético com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

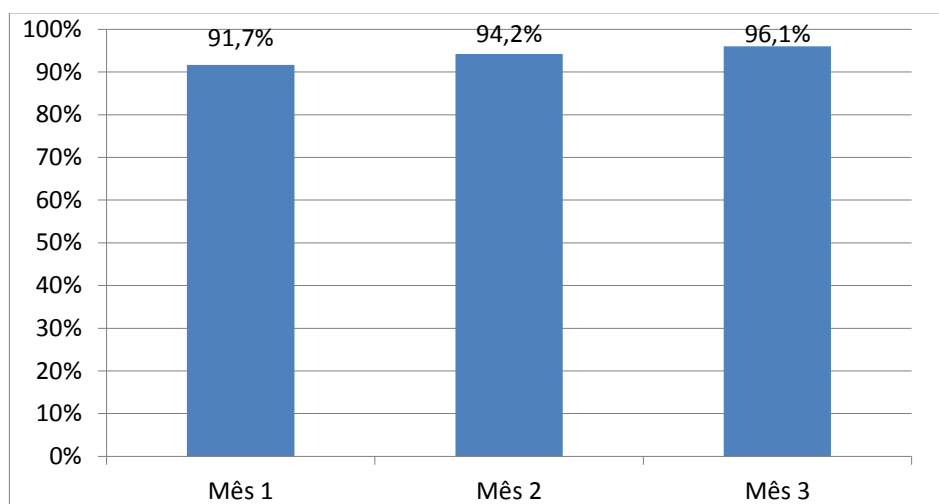


Figura 6 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na ESF XV Fátima, Cruz Alta/RS, 2015.

As metas 2.5 e 2.6 não foram atingidas em 100% já que temos um pequeno grupo de pacientes que mantêm há muito tempo o controle da pressão arterial com uso de medicamentos indicados por especialistas e estas eventualmente precisam ser adquiridas em farmácias particulares. Mas conseguimos incorporar o seguimento de muitos usuários que compravam medicamentos, seguindo tratamentos impostos por anos sem serem avaliados de forma contínua, e incorporá-los ao grupo HIPERDIA com dispensação gratuita da medicação mensal.

A Meta 2.7 foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos pacientes hipertensos. Realizamos a avaliação odontológica primeiro mês a 28 hipertensos, representando 36,8% dos cadastrados. No segundo mês realizamos a avaliação odontológica em 64 hipertensos, representando 46,7% dos cadastrados. No terceiro mês realizamos avaliação em 182 hipertensos, representando 64,5% dos cadastrados como observado na figura 7.

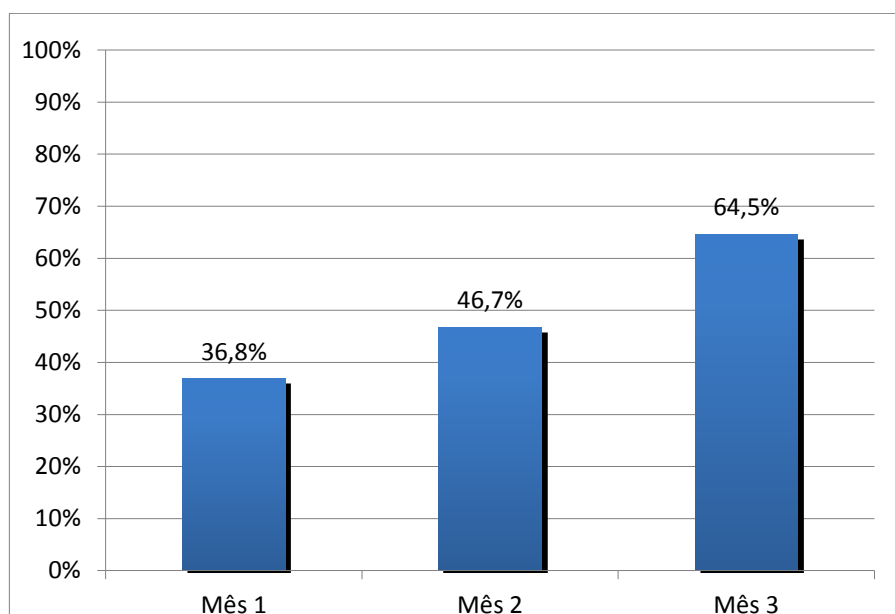


Figura 7 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF XV Fátima, Cruz Alta/RS, 2015.

A Meta 2.8 foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos pacientes diabéticos. No primeiro mês foram submetidos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico 11 diabéticos que

representam 45,8% dos cadastrados; no segundo mês foram submetidos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico 33 diabéticos que representam de 63,5% dos cadastrados; e no terceiro mês foram submetidos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico 59 diabéticos, que representam 77,6% dos cadastrados como observado na figura 8.

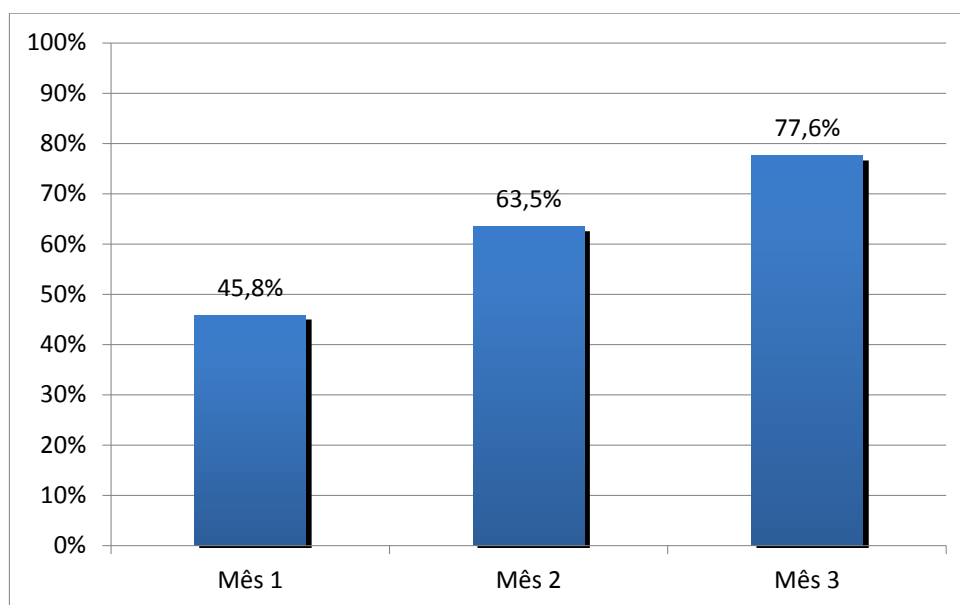


Figura 8 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF XV Fátima, Cruz Alta/RS, 2015.

A ESF não conta com serviço de saúde bucal, e depois de muitas reuniões não conseguimos incorporar um dentista ao grupo HIPERDIA, conseguimos a contribuição desse profissional apenas em um grupo com os usuários. Mas no transcorrer da execução do projeto aguardávamos respostas da gestora municipal e coordenadora de ESF, e conseguimos realizar agendamentos destes pacientes em outras ESF que se encontram perto de nossa área e que contam com este serviço, o que possibilitou um resultado significativo referente às metas 2.7 e 2.8, já que antes da intervenção resulto difícil realizar avaliação odontológica, devido a que nossa ESF não conta com dentista, só com Unidade móvel o qual realizava 5 agendamento sem dar prioridade a este grupo de usuário.

O Objetivo específico 3 foi de melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa que teve como Meta 3.1 Realizar busca ativa a 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa. Foi realizada busca ativa ao total de 32

hipertensos, o que representa o 100% quanto à proporção de faltosos EM CADA MES. No primeiro mês foram buscados 12 usuários hipertensos, no segundo mês foram buscados 18 usuários hipertensos e no terceiro mês foram buscados 32 usuários hipertensos o que representa 100%.

A Meta 3.2 foi realizar busca ativa a 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa. Foi realizada busca ativa ao total de 7 usuários diabéticos o que representa o 100% quanto à proporção de faltosos em cada mês. No primeiro mês houve apenas 1 diabético faltoso, no segundo mês foram 5 diabéticos faltosos e no terceiro mês foram 7 diabéticos faltosos, e todos buscados 100% em cada um dos três meses.

Existiram fatores que facilitaram o cumprimento das metas 3.1 e 3.2 como ajuda das agentes comunitárias na realização das visitas domiciliares, a participação ativa de toda a equipe na identificação dos faltosos, a criação dos grupos HIPERDIA que conscientizou os usuários sobre a importância da consulta, assim como os contatos realizados com as lideranças comunitárias que auxiliaram na orientação da população reduzindo o número de faltosos, e oportunizando a busca ativa em tempo hábil aos faltosos.

O Objetivo específico 4 Melhorar o registro das informações que teve como Meta 4.1 manter a ficha de acompanhamento para 100% dos hipertensos cadastrados no programa. Houve a seguinte evolução ao longo dos três meses de evolução. No primeiro mês foram preenchidas 76 fichas (100%) dos hipertensos, no segundo mês foram preenchidas 137 fichas (100%) dos hipertensos e no terceiro mês foram preenchidas 282 fichas (100%) dos hipertensos.

A Meta 4.2 foi manter a ficha de acompanhamento para 100% dos diabéticos cadastrados no programa. No primeiro mês foram preenchidas 24 fichas de diabéticos (100%), no segundo mês foram preenchidas 52 fichas de diabéticos (100%) e no terceiro mês foram preenchidas 76 fichas de diabéticos (100%).

Existiram fatores que ajudaram ao cumprimento das metas 4.1 e 4.2, como a organização e disposição de toda a equipe na realização desta atribuição, e a dinâmica de nosso trabalho que foi melhorando cada dia facilitando o preenchimento das fichas.

O Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular que teve como Meta 5.1 realizar de estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos. No primeiro mês foi classificado o risco de

42 usuários hipertensos (55,3%), no segundo mês foi classificado o risco de 83 usuários hipertensos (60,6%) e terceiro mês foi classificado o risco de 217 usuários (77%).

Meta 5.1 foi realizar de estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos. No primeiro mês foi estratificado o risco de 19 usuários hipertensos (79,2%), no segundo mês foi estratificado o risco de 38 diabéticos e no terceiro mês foi estratificado o risco de 66 usuários(86,8%).

Durante toda a intervenção foram realizadas capacitações que ajudaram a aprofundar o conhecimento dos profissionais da equipe e a realização a estratificação do risco cardiovascular; além de isso o indicador não foi possível dar cumprimento devido à existência de usuários sem os exames complementares em dia. A classificação de risco de todos os usuários foi realizada pelo cálculo do escore de Framingham onde resultava necessária o exame de colesterol, pelo que houve dificuldades para o cumprimento das metas 5.1 e 5.2.

O Objetivo específico 6 foi de promover a saúde de hipertensos e diabéticos que teve como Meta 6.1 garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos. No primeiro mês 76 usuários hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês 137 usuários hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável e no terceiro mês 282 usuários hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, representando 100% dos cadastrados em cada um dos três meses da intervenção.

A Meta 6.2 foi garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos. No primeiro mês 24 usuários diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês 52 usuários diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável e no terceiro mês 76 diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, representando 100% em cada um dos três meses.

Nesta importante atividade que garantiu o cumprimento das metas 6.1 e 6.2 participaram toda a equipe, orientamos às agentes comunitárias, técnica de enfermagem, também contamos com o apoio da nutricionista e outros profissionais de NASF que ajudaram a garantir uma maior compreensão dos usuários sobre a importância da alimentação saudável, além informar sobre IMC de cada um, que muitos desconheciam.

A Meta 6.3 foi garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos. No primeiro mês receberam orientações 76 usuários hipertensos (100%), no segundo mês receberam orientações 137 usuários hipertensos (100%) e no terceiro mês receberam orientações 280 usuários hipertensos (99,3%).

A Meta 6.4 foi garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos. No primeiro mês receberam orientações 24 usuários diabéticos (100%), no segundo mês receberam orientações 52 usuários diabéticos (100%) e no terceiro mês receberam orientações 76 usuários diabéticos (100%).

No início da intervenção e durante as capacitações continuadas a equipe recebeu foi preparada para oferecer palestras educativas sobre a prática regular de exercícios físicos, e logo conseguimos a incorporação do educador físico à ESF, prestando atendimento uma vez por semana, e isto proporcionou o cumprimento das metas 6.3 e 6.4.

Meta 6.5 foi garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão arterial. No primeiro mês 76 usuários hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (100%), no segundo mês receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (100%) 137 hipertensos e no terceiro mês 282 hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (100%).

Meta 6.6 foi garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes mellitus. No primeiro mês 24 usuários diabéticos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo (100%), no segundo mês 52 usuários diabéticos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo (100%) e no terceiro mês 76 usuários diabéticos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo (100%).

As metas 6.5 e 6.6 foram cumpridas em sua totalidade graças às capacitações e dedicação de cada um dos profissionais. Todos os usuários atendidos receberam orientações sobre os riscos do hábito de fumar e as diferentes complicações que pode ocasionar. Para este trabalho contamos com palestras oferecidas pela psicóloga durante os grupos de HIPERDIA e com todos os profissionais da equipe que em cada cenário ofereceram palestras sobre o tema.

A Meta 6.7 foi garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão. No primeiro mês 76 usuários hipertensos receberam orientação

sobre higiene bucal (100%), no segundo mês 137 hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal (100%) e no terceiro mês 282 hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal (100%).

Meta 6.8 foi garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes mellitus. No primeiro mês 24 usuários diabéticos receberam orientações sobre higiene bucal (100%), no segundo mês 52 usuários diabéticos receberam orientações sobre higiene bucal (100%) e no terceiro mês 76 usuários diabéticos receberam orientações sobre higiene bucal (100%).

Durante a execução do projeto contamos com o apoio de todos os integrantes da equipe e oferecemos palestras sobre a importância e como manter uma adequada higiene bucal. As metas 6.7 e 6.8 foram cumpridas graças ao dinamismo, dedicação, esforços, e capacitação de toda nossa equipe de trabalho, assim como a participação de outros profissionais do NASF.

O projeto de intervenção melhorou sem dúvidas a qualidade da atenção integral ao usuário com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Conseguimos uma maior adesão às consultas agendadas e de seguimento aos usuários, e aumento dos exames clínicos. Aumentamos a realização de exames complementares e com isto o controle das doenças e dos fatores de risco. Conseguimos que a população quase em sua totalidade conseguisse pegar os remédios na farmácia popular, o que favorece a economia dos usuários e favorece mediante a realização das receitas médicas a aquisição dos produtos, de um jeito organizado. Assim como o planejamento certo do pedido dos remédios por parte do serviço de farmácia do posto de saúde.

4.2 Discussão

O processo de intervenção foi muito importante, pois propiciou a ampliação da cobertura da atenção às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Junto com o aumento da cobertura, alcançamos uma melhoria nos registros dos usuários já que todos atualmente têm uma segunda via dos atendimentos registrada nas fichas de acompanhamento. Também melhorou muito a qualidade da atenção ao público alvo a maioria dos usuários foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular. As pessoas diabéticas foram submetidas a exames dos pés e receberam orientações sobre medidas para o cuidado com as extremidades.

Conseguimos ofertar atendimento odontológico à maioria dos usuários, assim como a realização dos exames complementares. Estes receberam ainda orientações sobre a importância de uma alimentação adequada, sobre os benefícios da prática de atividade física e da higiene bucal, e sobre os riscos do tabagismo. E conseguimos realizar busca ativa aos faltosos e/ou com consulta em atraso.

Durante a intervenção a equipe esteve em constantes capacitações que ajudaram para que o trabalho funcionasse melhor. As capacitações foram conduzidas por mim na maioria das vezes, e em outras pela enfermeira, sendo tratados temas sobre o estabelecimento dos diagnósticos da HAS e DM, os protocolos de atenção preconizados para o município, aferição da pressão arterial de forma correta, realização oportuna do teste de glicemia capilar, importância da adesão do público alvo às ações ofertadas pelo serviço, os diferentes fatores de riscos destas doenças. Com este trabalho conseguimos a integração da equipe, padronização da conduta e também um maior conhecimento e poder de atuação por parte da técnica de enfermagem, das agentes comunitárias à hora de enfrentar estas doenças, resultando em qualificação da conduta dos profissionais.

Antes de começar a intervenção a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus era função praticamente exclusiva da médica, e com este projeto conseguimos a participação integral de toda a equipe que esteve motivada desde o primeiro momento, após ser explicado o trabalho que seria realizado. E com isso conseguimos a melhoria do registro e agendamentos adequados dos usuários e organização da agenda para que a demanda espontânea fosse acolhida sem dificultar o atendimento durante a intervenção. Com as diferentes capacitações realizadas também conseguimos a classificação de risco para cada usuário com HAS e DM para assim determinar a priorização de atendimento dos mesmos.

O impacto do projeto para a comunidade foi muito bom, e as pessoas estão felizes com o trabalho realizado. Foram realizadas múltiplas atividades educativas que contaram com a participação de muitos familiares dos usuários com estas doenças que aprenderam como ajudar a seus familiares a conviver de maneira melhor com a doença. Algumas vezes tivemos problemas com alguns usuários que desconheciam o trabalho que se estava sendo realizado e ficaram irritados pela demora nas consultas. Porém pouco a pouco, com paciência por parte de toda a equipe, estes entenderam a necessidade do trabalho que estava sendo realizado. Um aspecto muito importante e que ajudou muito na execução das ações foi a

participação das lideranças comunitárias que apoiaram a equipe de maneira incondicional.

De maneira geral considero que a intervenção foi boa, mas caso a intervenção fosse começar agora acho que seria importante uma melhor capacitação das agentes comunitárias e de toda a toda equipe para alcançar um maior cadastramento do público alvo já que esse foi o principal problema durante a intervenção. Também desde o começo orientaria a comunidade sobre o trabalho que seria realizado e da importância do mesmo. Mas agora que estamos no fim da intervenção e toda equipe tem mais experiência sobre como implementar as ações de maneira melhor para que o trabalho fique organizado e esta experiência auxiliará nas ações futuras.

A intervenção deixa para nossa equipe uma experiência maravilhosa de como realizar e organizar nosso trabalho do dia-a-dia. A ação programática está inserida na rotina do serviço e a partir de agora a meta é ampliar a cobertura de atendimento para este grupo. Continuaremos trabalhando com a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos para assim ter um melhor controle.

Nos próximos meses a equipe se propôs continuar com o trabalho realizado e também vamos melhorar muitos aspectos que tivemos problemas durante a intervenção como já mencionamos anteriormente. A cobertura do atendimento para este grupo de usuários será ampliada mediante nosso trabalho em conjunto.

5 Relatório da intervenção para gestores

Nos meses de abril a julho de 2015, a equipe da ESF XV Fátima teve sua atenção destinada à qualificação da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. Nas doze semanas de intervenção houve atendimentos relacionados ao cuidado deste público, seguindo o protocolo de atendimento aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde. As metas deste projeto foram estipuladas e as ações estiveram alicerçadas em quatro eixos norteadores: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

No âmbito da intervenção cada profissional foi previamente capacitado e conscientizado de suas responsabilidades, empenhando-as com exatidão. A recepcionista foi responsável pelo acolhimento do usuário, primeiro encontro que é de vital importância para vincular o usuário ao posterior atendimento. A equipe de enfermagem junto com as agentes comunitárias foram encarregadas da divulgação da intervenção nas salas de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde, e divulgar a importância da prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A médica organizou a agenda de atendimento de forma a atender melhor aos usuários, seja na realização dos exames clínicos, indicação de exames complementares, estratificação do risco cardiovascular, e seguimento de investigação e tratamento. A busca ativa de usuários faltosos à consulta foi feita pelas agentes comunitárias mediante as visitas domiciliares, recuperando assim a maioria dos atendimentos. As informações foram sempre discutidas em reunião de equipe, quando eram planejadas as atividades com o propósito de atingir os objetivos e metas previstos.

Ao início da intervenção, a ESF era responsável por uma população total de 2588 habitantes, 323 hipertensos e 76 diabéticos, valores estimados obtidos através dos prontuários clínicos, cadastros das agentes comunitárias e informação estatística da secretaria de saúde, com uma meta de cobertura de lograr o 85 % de cadastro de usuários hipertensos e o 85 % de cadastro de usuários diabéticos.

Ao final das 12 semanas, 282 (87,3%) hipertensos e 76 diabéticos (93,8%) foram cadastrados no programa após comparecerem ao serviço para o atendimento de maneira espontânea ou por agendamento prévio. Os indicadores de cobertura do programa aumentaram mês a mês durante a intervenção, comprovando a efetividade da mesma. Mas a qualidade do serviço prestado a este público também foi considerada, e conseguimos ter todos os cadastrados submetidos a exames clínicos, usuários faltosos as consultas com busca ativa, prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro adequado na ficha de acompanhamento, a estratificação de risco cardiovascular, com orientações sobre atividade física, alimentação nutricional, higiene bucal, riscos do tabagismo.

Surgiram algumas dificuldades que, na medida do poder de resolubilidade que cabe ao profissional, foram superadas. De início, a Secretaria de Saúde não proveu o material necessário, em condições adequadas, para o desenvolvimento da ação. Alguns profissionais tiveram que usar seus próprios recursos financeiros para cópias de fichas-espelho e confecção do material disponibilizado em cada consultório. Demais insumos para a realização de exames foram providos de maneira dificultosa, após vários contatos com a gestão. Citamos também a falta de credibilidade no sistema de saúde público na cidade, em virtude da demora na realização dos exames e para a realização da avaliação odontológica, e à inexistência de informações concretas acerca do problema e medidas tomadas para saná-los. Tal situação é um ultraje aos preceitos de atenção primária à saúde, cujo principal objetivo do exame é o rastreamento de fatores de riscos que facilitam o desenvolvimento da Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, assim como suas complicações, além da importância para poder estabelecer a classificação de estratificação do risco cardiovascular. Além disso, em longo prazo, este controle laboratorial ajuda com a diminuição de gastos públicos com saúde na atenção terciária, além diminuir os indicadores de morbimortalidade da população-

alvo. Esperamos com um bom trabalho em equipe, manter as ações até então realizadas no cotidiano do serviço da ESF.

Houve, no geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Apesar das limitações impostas que fogem a governabilidade do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera, e nas consultas individuais, bem como a ação da equipe são benéficas e complementam as melhorias na atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Foco maior deve ser destinado a essas ações. Apenas mais um adendo quanto à resolubilidade do tempo de espera para a realização de exames complementares, pois estes usuários não podem ser submetidos à má organização ou falha de contratos na saúde pública.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como derrame e o infarto, além da doença grave nos rins. No Brasil o aparecimento destas doenças está cada vez mais precoce. A taxa de complicações e sequelas causadas por essas doenças é muito alta. Ambos concentram altas taxas de mortalidade, sobretudo devido ao diagnóstico tardio, atingindo pessoas ainda novas em plena vida produtiva. Entende-se, portanto, que por serem doenças tão comuns e que matam, é importante a implantação de uma estratégia de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce. A adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento do diabetes.

Nossa ESF dedicou nos últimos meses, de abril a junho à atenção destinada à Saúde da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. No transcurso das doze semanas, houve um aumento nos atendimentos médico, na solicitação de exames de laboratório e prescrição de medicamentos pela farmácia popular. Os usuários Hipertensos e Diabéticos pertencentes à área de abrangência da ESF e que estavam por acima dos 20 anos tiveram prioridade nas consultas. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar o atendimento, o registro dos exames e a organização do serviço.

Cada profissional da equipe realizou seu papel e todos se dedicaram com muito esforço às ações que foram realizadas. Ao final das doze semanas, 282 Hipertensos e 76 Diabéticos procuraram para atendimento médico na unidade sendo avaliadas e cadastradas integralmente registrando sempre os novos usuários. A procura pelo serviço foi crescendo mês a mês, ajudando ao desenvolvimento da

intervenção satisfatoriamente. A qualidade do atendimento também melhorou de forma espetacular. Todos os usuários tiveram suas informações e resultados anotados, os atendimentos foram realizados de forma satisfatória, de modo que contemplasse o correto exame clínico e indicação de exames complementares precisos.

Apesar das dificuldades encontradas no meio do caminho, a equipe conseguiu desenvolver um bom serviço. Em nenhum momento faltou material de trabalho para o correto desenvolvimento da intervenção. Os temas sobre saúde foram abordados na sala de esperada unidade com objetivo de que os usuários divulgassem a importância da prevenção de fatores de risco que facilitam o desenvolvimento e complicações dessas doenças. Tal medida ajuda a que a informação seja propagada a grande parte da comunidade.

Existirem algumas dificuldades na organização para a realização dos exames complementares, avaliação odontológica e a estratificação do risco cardiovascular de estes grupos de usuários, o que dificultou um pouco para saber os fatores de risco que estão atingindo a sua saúde, para dar melhor orientação sobre a conduta terapêutica e o prognóstico, que são detectados nos exames complementares, assim como a higiene bucal tão importante nos usuários diabéticos para evitar as complicações e lograr um bom controle neste grupo de usuários.

Fica decidido, portanto, a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da ESF XV Fatima. Houve, no geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no contexto da saúde pública. Apesar das limitações impostas que fogem do controle do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais, bem como a ação de toda a equipe da unidade são benéficas e complementam as melhorias na atenção a saúde dos usuários Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Durante a realização da intervenção logramos a ampliação da cobertura, priorização da atenção e da qualidade de atendimento aos grupos de hipertensos e/ou diabéticos; a Incorporação das ações à rotina do serviço; ampliação da conscientização da comunidade em relação à priorização do atendimento; maior conhecimento para a equipe; maior engajamento entre equipe e comunidade, todo logrado com a participação ativa da população e comunidade, com grande

satisfação com nosso trabalho e com ajuda de todos lograremos uma melhoria maior.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família tem sido muito gratificante, com experiências muito boas. Ao longo destas 12 semanas de desenvolvimento do projeto de intervenção, realizado na unidade básica de saúde, ESFXV Fátima, com objetivo de ampliar a cobertura do programa de atenção a hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos na área de abrangência, temos realizado um trabalho muito proveitoso para o bem-estar da comunidade. No princípio pensei que ia ser difícil, apresentamos dificuldades com a língua e com a informática, mas sempre tive a participação e ajuda da equipe, dos gestores e da comunidade, todos gostaram muito da proposta. Trabalhamos em conjunto com toda a equipe, ainda que os resultados não sejam os que esperávamos, mas se conseguimos ampliar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos, sabemos que chegará a meta proposta porque o projeto tem sido implantado na rotina de nosso serviço e continuaremos cadastrando mais pessoas.

O curso de especialização em saúde da família tem sido um apoio educacional e instrutivo muito importante para minha prática profissional neste país, pois nos tem ajudado no desenvolvimento científico de nosso trabalho, tem oferecido muitas ferramentas e esclarecido algumas dúvidas que surgem no transcurso de nosso trabalho, não só neste, mas também em nossa prática diária, sendo oferecido casos clínicos muito frequentes em consultas, enriquecido sobre os protocolos das diferentes doenças aqui no Brasil, além disso de estudar e melhorar nosso português. Através do curso de especialização temos realizado este trabalho de intervenção pusemos em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público, melhorando atenção e qualidade do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes.

Também contamos ao longo da especialização com o apoio do orientador sempre disposto ajudar com muito carinho, corrigindo os erros, dando urgência, e participando a distância, pelo sempre presente em cada atividade, experiência única pois nunca tinha participado de um curso a distância. Todo o aprendizado no curso foi muito interessante e seguirão nos ajudando em nosso trabalho. Foi uma experiência muito importante na minha profissão, aprimorando meus conhecimentos na atenção básica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36);

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese das Informações – **Cruz Alta** – RS. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso em 02 novembro de 2014.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM- silmara (1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar

Edição

C52 D.O.S

Indicadores HAS e DM - Mês 1												
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos s da lista do Hiperc ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	A.NL	70	1	1	1	0		1	1	1	1
2	2	A.R.S	69	1	0	1	1	0	0	0	1	1
3	3	A.L.S	76	1	0	1	0		1	1	1	1
4	4	A.F.C.M	73	1	1	1	0		1	1	1	1
5	5	A.S	55	1	0	1	0		1	1	1	1
6	6	A.M	52	1	1	1	0		1	1	1	1
7	7	A.A.C	61	1	0	1	1	0	1	1	1	1
8	8	A.L.S	54	1	1	1	0		1	1	1	1
9	9	A.M.F	60	1	1		0		1	1	1	1
10	10	A.V.F	65	1	0	1	0		1	0	1	1
11	11	A.M.S	54	1	0		0		1	1	1	1
12	12	A.G.S	44	1	0	1	0			1	1	1
13	13	A.B	68	1	0		0		1	1	1	1
14	14	A.F	41	1	0	1					1	1
15	15	A.B.P	63	1	0	0	0	0	1	1	1	0
16	16	A.S	60	1	1	1	0		1	0	1	1
17	17	A.C.L.L	74	1	0	1	0		1	1	1	0
18	18	A.P.S	80	1	0	1	1	0	1	0	1	1
19	19	A.M.A	42	1	0	1	0		1	1	1	1
20	20	A.R.A	69	1	0	1	0		1	1	1	1
21	21	A.P.L	73	1	1	1	0		1	1	1	1
22	22	A.N.P	90	0	0	1	0		1	1	1	1

Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores Plan1

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante