

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus no PSF 3 Rio Branco, Sobradinho/RS**

Juandris Asin Velazquez

Pelotas, 2015

Juandris Asin Velazquez

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/PSF 3 Rio Branco, Sobradinho/RS

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

Orientadora: Ana Paula Soares

Pelotas, 2015

V434m Velasquez, Juandris Asin

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/Psf 3 Rio Branco, Sobradinho/RS / Juandris Asin Velasquez; Ana Paula Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 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. Soares, Ana Paula, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho a minha família, à minha orientadora pela paciência e ajuda na realização desta tarefa, aos colegas pela ajuda e os conhecimentos aportados nesta batalha.

Agradecimentos

Primeiramente quero agradecer ao senhor Jesus Cristo pela oportunidade de trabalhar nesta bela nação, assim como ao povo brasileiro pela hospitalidade.

À minha mãe, que Deus a tenha na glória eterna.

Aos meus filhos Favian e Brenda, fonte de inspiração.

Ao Governo Federal pelo Programa Mais Médico para o Brasil.

À Universidade Federal de Pelotas, pela grande oportunidade fornecida.

À minha orientadora, Ana Paula Soares.

À equipe da saúde do PSF 3 Rio Branco em especial à Enfermeira Marília Binotto.

Ao amigo Nilo, Secretário Municipal de Saúde do município.

Ao povo de Sobradinho, em especial aos usuários cadastrados durante a intervenção e aos demais que direta ou indiretamente participaram da intervenção.

Resumo

VELAZQUEZ, Juandris Asin. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/PSF 3 Rio Branco, Sobradinho/RS. 2015** 91f. 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 crônicas não transmissíveis neste momento são uma verdadeira epidemia silente. Dentre estas temos as doenças cardiovasculares que se constituem umas das principais causas de morbi-mortalidade no povo brasileiro. Os hábitos alimentares ruins e o sedentarismo são fatores de riscos que aumentam a probabilidade de que aconteçam estas doenças. Levando em conta estes fatores, a equipe na Unidade Básica de Saúde do PSF 3 Rio Branco em Sobradinho-RS no período de 12 semanas desenvolveu um projeto de intervenção com o objetivo geral: “Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência.” A intervenção teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados para monitoramento e avaliação foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha-Espelho elaborados pela Universidade Federal de Pelotas. A população vinculada à UBS é de 3.500 pessoas e na fase da Análise Situacional, segundo o Caderno de Ações Programáticas, para a população da área de abrangência da equipe teríamos 2.484 pessoas com 20 anos ou mais na área da UBS e dentre eles teríamos 782 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 224 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. De acordo com os dados da UBS tínhamos conhecimento de 354 (45%) hipertensos e 185 (83%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na Unidade Básica de Saúde Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na unidade, 277 (78,2%) usuários hipertensos e 154 (83,2%) diabéticos da área. Ressaltamos que todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram exame clínico em dia de acordo com o protocolo, os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com registro adequado na ficha de acompanhamento, com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Nas ações de promoção à saúde não nos descuidamos das orientações e atividades de educação em saúde para a comunidade. Todos os cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. A equipe conseguiu um maior vínculo entre os membros e com a comunidade. Melhoramos o processo de trabalho da equipe e ainda que não conseguimos alcançar a cobertura vemos que é evidente que as ações na atenção ao indivíduo com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da equipe está mais qualificada. A intervenção está incorporada à rotina da equipe.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS /ESF 3 Rio Branco, Sobradinho-RS. 2015	69
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS /ESF 3 Rio Branco, Sobradinho-RS. 2015	70

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
ASB-	Auxiliar de Saúde Bucal
AME-	Aleitamento Materno Exclusivo
APS-	Atenção Primária em Saúde
CAP-	Caderno de Ações Programáticas
DM-	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT-	Hemoglicoteste
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
mmHG	Milímetros de Mercúrio
MS-	Ministério da Saúde
NASF-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCD-	Planilha de Coleta de Dados
PNCT-	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PSF-	Programa de Saúde da Família
PMM-	Programa Mais Médicos para o Brasil
RAS-	Relatório da Análise Situacional
RENAME-	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RS-	Rio Grande do Sul
SAMU-	Serviço de Atendimento de Urgência
SIAB-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS-	Sistema Único de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UFPEL-	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	13
1 Análise Situacional	14
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	14
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística	58
2.3.4 Cronograma	63
3 Relatório da Intervenção	64
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	64
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	65
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	65
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	66
4 Avaliação da intervenção	67
4.1 Resultados	67
4.2 Discussão	77
5 Relatório da intervenção para gestores	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	87
Referências	88
Anexos	89
Anexo A - Documento do comitê de ética	90
Anexo B-Planilha de coleta de dados	91
Anexo C-Ficha espelho	92

Apresentação

O presente trabalho apresenta o relatório de trabalho de conclusão do curso da Especialização em Saúde da família, na modalidade à distância promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), com o desenvolvimento de um projeto de intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no PSF 3 Rio Branco em Sobradinho/RS.

O curso fora desenvolvido em cinco unidades de estudo e o Trabalho de Conclusão de Curso ora apresentado fora construído ao longo de todo curso, simultânea e articuladamente às unidades de estudo e é o produto final de todo este processo.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independentes entre si, mas seqüenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso com o reflexo da situação de saúde da atenção primaria e estratégia de saúde da família no município e das principais dificuldades que apresentam nesse serviço, e, a relação entre eles.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, que oferece os principais aspectos que se implantaram para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Na Unidade de Saúde onde eu trabalho é uma ESF, o mesmo tem uma equipe integrada pela, enfermeira, técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma assistente de serviços gerais e 5 agentes comunitárias de saúde . O mesmo fornece atendimento para toda a população da área. Fazemos trabalho com grupos de usuários hipertensos e diabéticos orientando sobre fatores de risco, alimentação saudável, importância da prática de exercícios físicos e higiene, também da relevância da adequada realização do tratamento. Complementando o trabalho com os grupos temos um grupo de apoio às famílias de usuários que fazem uso de substâncias químicas. O mesmo é realizado mensalmente. Recebem palestras sobre temas relacionados com as patologias que padecem e outros temas de interesse. Também realizamos a projeção de vídeos instrutivos sobre temas solicitados pelos integrantes dos grupos e de interesse assistencial.

A equipe também faz visita domiciliar às pessoas que precisam de atendimento e não podem comparecer à unidade de saúde. Durante as visitas realizamos avaliação das condições de higiene e sanitárias de cada família, estilo de vida de população e sempre realizamos uma conversa com conotação educativa com toda a família, orientando sobre saúde e como fazer para modificar fatores de risco detectados.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A história de Sobradinho tem início em 1825, com a chegada do paulista João Lopes, que subiu a Serra Geral e se estabeleceu à margem de um arroio, onde construiu um sobrado de madeira na estrada que ligava Rio Pardo a Soledade. Nesse local instalou uma casa de comércio, para atender aos viajantes. A casa também servia de ponto de referência para os tropeiros que por ali passavam.

Em 3 de dezembro de 1927, emancipou-se do município de Soledade, de onde fazia parte como o Quarto Distrito. Inicialmente denominou-se Jacuty e, posteriormente, Sobradinho.

O município de Sobradinho situa-se na região Centro-Serra. Faz divisa ao norte com o município de Arroio do Tigre; ao sul, com Lagoa Bonita do Sul; ao leste, com Passa Sete e Segredo; e ao oeste, com Ibarama. A altitude do município em sua sede é de 427 metros. Tem uma área de 130 quilômetros quadrados.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2015 sua população estimada é de 14.944 habitantes.

O sistema de saúde do município conta com 3 UBS e nestas tem 3 equipes de ESF com uma cobertura do 100 % da população do município. Todas têm os serviços básicos da APS com equipes compostas por médicos clínicos gerais, enfermeiras, técnicas de enfermagem, odontólogos e auxiliares de consultório odontológico. Salientamos que nas 3 equipes temos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM). Temos 2 hospitais de rede privada, 1 equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Não temos Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU) e temos disponibilidade de exames complementares e atenção especializada. Os exames complementares são solicitados nas UBS e são realizados nos laboratórios do município por convenio SUS e o Consórcio Vale do Jacuy. Os usuários têm acesso a todos os exames laboratoriais e complementares de diagnósticos por imagem e as referências para as especialidades são feitas usando o sistema de referencia e contra-referencia e gerido pela Secretaria Municipal de Saúde através de uma Central de Marcação.

Trabalho na UBS conhecida como PSF 3 Rio Branco que tem o modelo de atenção de ESF. É uma ESF urbana com pouca população que mora na área rural.

Está totalmente vinculado com o Sistema único de Saúde (SUS). A equipe realiza atividades educativas nas instituições de ensino da área de abrangência.

A equipe do PSF 3 Rio Branco é composta por 1 Médico intercambista do PMM 1 Odontóloga, 1 Enfermeira, 1 Técnica de enfermagem, 1 Auxiliar de Consultório Odontológico (ACD) _ e 1 Assistente de serviços gerais e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Depois de conhecer as características estruturais nas normativas técnicas brasileiras para uma estrutura de uma UBS (conforme o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família) e comparar com a nossa UBS vimos que temos limitações que podem afetar o usuário e o bom funcionamento do serviço. A estrutura física da UBS é deficiente. Temos barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso e o deslocamento dos usuários dentro da UBS. Não temos sala de reuniões, (a equipe não tem espaço para fazer as reuniões e as capacitações entre os membros). Não temos banheiros/ sanitários adaptados para pessoas com limitações físicas. Isto gera insatisfação e afeta o direito das pessoas como cidadão com seus direitos expressados na Carta de Direitos dos usuários do SUS. Não temos abrigo para resíduos sólidos, e lixo contaminado e não contaminado, o que pode ser perigoso para a saúde dos usuários e dos profissionais da UBS.

Na UBS temos 3 consultórios (1 da sala do medico, 1 da sala de enfermeira, 1 da sala de odontologia), tem 2 banheiros (1 para os usuários e 1 para funcionários), 1 sala de vacinas, 1 sala curativos, 1 cozinha-lavanderia. A iluminação é excelente e tem ar condicionado nas salas principais.

Em relação às atribuições das equipes nossa equipe de saúde conhece as atribuições descritas na Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 e buscamos praticar as mesmas dentro da governabilidade da equipe. A equipe conhece a população da área adstrita. Realizamos reuniões de equipe semanalmente todas às terças-feiras à tarde. Fazemos visitas domiciliares todas as terças-feiras Fazemos notificações de agravos e doenças notificáveis, por exemplo, de Doenças sexualmente transmissíveis e acidentes de trabalho. A equipe trabalha na busca ativa de faltosos às consultas previamente agendadas, pré-natal, rastreamento de câncer de colo de útero e mama. Temos que ressaltar que infelizmente a gestão limita as ações da equipe no tocante às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças através da educação em saúde dando prioridade ao assistencialismo.

Temos uma população na área adstrita à UBS de 3500 habitantes, que moram na área urbana e rural, e em concordância com os dados demográficos nacionais predomina o sexo feminino com 2154 (61.5%) da população, o resto é a masculina com 1346 (38.4%). E a faixa etária que é mais prevalente na área é a de adultos jovens compreendida entre 15 e 59 anos de idade com 1.789 habitantes representando 51.1% da população.

O acolhimento à demanda espontânea é inicialmente realizado na recepção da UBS, mas é realizado por todos os profissionais da UBS em todos os ambientes. Nisto escutamos as queixas e/ou demandas dos usuários e fazemos o encaminhamento para o serviço da UBS que ele estiver precisando. Salientamos que os casos urgentes, buscamos atender no mesmo turno e as emergências são atendidas imediatamente. Incentivamos a todos os profissionais para participar do processo de acolhimento a fim de melhorar o atendimento dos usuários. Salientamos que não existe excesso de atendimentos por demanda espontânea.

Na UBS realizamos atendimento de puericultura para crianças de 0 a 72 meses, priorizando as crianças menores de 2 anos. Não temos um dia específico para a realização da puericultura. A enfermeira organiza um plano de acompanhamento e orienta as mães as datas de retornos da criança à UBS. Fazemos a busca ativa às faltosas. A equipe adota para o acompanhamento destas crianças o protocolo segundo o Ministério da Saúde (MS). Especificadamente nas crianças menores de 1 ano a equipe leva um controle estrito e temos um registro com os dados das mesmas assim como toda a evolução de crescimento e desenvolvimento delas. Realizamos em todas as consultas as recomendações do Ministério da Saúde (MS) como a avaliação do desenvolvimento pondero-estatural, assim como a avaliação do desenvolvimento psicomotor e pesquisas do desenvolvimento neurológico na criança. As atividades de educação em saúde são realizadas e são fundamentais, trazendo para as mães sobre a importância do aleitamento materno e os cuidados higiênicos da criança, o que aumenta a qualidade de vida da mesmas.

De acordo com as estimativas do Caderno de Ações Programáticas teríamos 55 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência da UBS, mas nos nossos registros temos 52 (95%) crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS.

Nos indicadores de qualidade para essa população alvo, das 52 crianças acompanhadas 100% delas estão com consultas em dia conforme o protocolo do MS e estas tiveram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Temos 100% de recém-nascidos que realizaram o Teste do pezinho antes dos sete dias, a triagem auditiva (Teste da orelhinha) e tiveram avaliados o crescimento e desenvolvimento bem como estava com as vacinas em dia . Ressaltamos que o “Teste da Orelhinha e do Pezinho” são realizados em ambiente hospitalar logo após o parto ou realizados na nossa UBS.

Entendemos que podemos melhorar ainda mais a cobertura das ações de puericultura se trabalharmos melhor na atenção ao pré-natal e puerpério se conseguíssemos localizar todas as grávidas e assim ter um melhor controle dos novos nascimentos para um adequado acompanhamento após o parto.

Salientamos que na nossa UBS realizamos ações no pré-natal e puerpério, visando assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna e neonatal, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Salientamos que no município as consultas na APS na atenção ao pré-natal e puerpério são realizadas nas UBS, mas os partos vaginais e as cesarianas são feitas nos 2 hospitais privados e a maioria dos partos são feitos por cesariana sem indicação precisa em muitas ocasiões.

Na atenção ao pré-natal na UBS realizamos ações com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna e neonatal, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Além deste objetivo tão claro do programa pré-natal, fazemos as ações entendendo que no Brasil a mortalidade infantil e materna são um problema de saúde pública. Nossa UBS busca atender estas gestantes e puérperas guiados pelos protocolos do MS para o atendimento de gestantes e puérperas. Realizamos reuniões com grupos de gestantes e puerperal mensalmente em parceria com o NASF.

De acordo com o CAP nossa área tem um número estimado de 35 gestantes, mas atualmente são acompanhadas na UBS 17 (49%) gestantes. Temos 12 (70,6%) com pré-natal iniciado no 1º trimestre, com consulta em dia de acordo com calendário do Ministério de Saúde e com Vacina contra hepatite B conforme protocolo.

Temos 16 (94,1%) das 17 acompanhadas com as vacinas contra tétano em dia, estão com prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo. Todas as 17 (100%) gestantes atendidas na nossa ESF têm solicitação, na primeira consulta de exames laboratoriais preconizados, tiveram a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo e receberam pelo menos um exame ginecológico por trimestre. Vemos que todas as gestantes receberam orientações em relação à importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de nascida à criança e todas tiveram orientação sobre saúde bucal.

Na atenção ao puerpério na UBS realizamos o atendimento da mesma forma e buscamos captar a puerpera logo após o parto. Elas têm um acompanhamento diferenciado e individualizado tendo em conta a etapa do puerpério dela em seus 42 dias após o parto.

As consultas do puerpério são realizadas quando às puerperas levam a criança a fazer o exame do pezinho e no mês que corresponde consulta de puericultura, além disso, fazemos a visita domiciliar das puérperas nos primeiros 42 dias pós-parto. Na área de abrangência da equipe são estimadas, segundo o CAP, 42 puerperas nos últimos 12 meses e a equipe atendeu a 36 puérperas o que representa 86% da cobertura. Destas atendidas 32(88,9%) realizaram a primeira consulta antes dos 42 dias pós-parto, salientamos que todas as cadastradas e acompanhadas tiveram a sua consulta puerperal registrado, assim como tiveram as mamas e o abdome examinado, estado psíquico avaliado e receberam orientações sobre Aleitamento Materno Exclusivo (AME), planejamento familiar, e sobre os cuidados do recém-nascido, representando 100% desses indicadores. Não temos registros de quantas puerperas foram avaliadas quanto a intercorrências no puerpério, ainda que todas as cadastradas tiveram realizado o exame ginecológico.

Em relação à atenção às ações de prevenção do câncer de colo de útero e de mama na UBS, temos um adequado seguimento das mulheres as quais correspondem às ações para prevenção do câncer do colo uterino e de mama, com a realização do preventivo, o exame clínico de mamas, orientações para o auto-exame das mamas e as solicitações das mamografias em correspondência com a idade das usuárias.

De acordo com o CAP no tocante ao público alvo e às ações de prevenção do câncer de colo de útero, segundo a população da área da UBS teríamos 964 de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área. Segundo os nossos registros temos

855 (89%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero. Destas mulheres acompanhadas temos 780(91,2%) com exame citopatológico em dia, com mais de seis meses de atraso são 27 (3,1%). Detectamos 2 mulheres com exame citopatológico alterado. Foram avaliadas em relação ao risco para câncer de colo uterino 300 (35,2%). Receberam orientações sobre prevenção de câncer de colo uterino e sobre DST 800 (93,5%) mulheres. Tivemos das amostras coletadas 830 (97%) com amostra satisfatória.

Nas ações de prevenção do câncer de mama, segundo o CAP, na nossa área de abrangência teríamos 361 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade e nossa UBS tem nos registros o atendimento de 285 (79%) nesta faixa etária.

De acordo com os registros temos que as 285 (100%) cadastradas e acompanhadas estão com mamografia em dia, foram avaliadas quanto a risco de câncer de mama e receberam orientação sobre prevenção de câncer de mama. Não temos registro de mulheres com mamografia com mais de 3 meses em atraso. Em nossa UBS, principalmente os ACS fazem um acompanhamento mais próximo das mulheres nestas faixas etárias alvo para não perder o seguimento delas.

Nas ações de atenção ao hipertenso e diabetes da área de abrangência da UBS realizamos ações sabendo que Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de riscos para as doenças cardiovasculares, por isto é de fundamental importância trabalharmos para ter um melhor acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na nossa UBS. Temos um registro específico para as pessoas com diabetes e/ou hipertensão acompanhados na UBS. Trabalhamos visando a adesão do usuário diagnosticado com estas doenças ao plano de tratamento estabelecido. Realizamos também uma vez por mês uma reunião com grupo de hipertensos e diabéticos na UBS.

A população vinculada à UBS é de 3.500 pessoas e o CAP, para a população da área de abrangência da equipe teríamos 2.484 pessoas com 20 anos ou mais na área da UBS e dentre eles teríamos 782 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 224 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. De acordo com os dados da UBS tínhamos conhecimento de 354 (45%) hipertensos e 185 (83%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Na avaliação dos indicadores de qualidade n atenção aos hipertensos temos que dos 354 cadastrados e acompanhados temos 300 (84,5%) com avaliação de risco cardiovascular por critério clínico. De todos os 354 cadastrados temos

340(96%) com exames complementares periódicos em dia, orientados sobre prática regular de atividade física e sobre alimentação saudável e com avaliação de saúde bucal.

Em relação às pessoas com DM, de acordo com o CAP teríamos estimados 224 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS. Segundo os dados da UBS temos cadastrados 185 usuários diabéticos nesta faixa etária, o que representa 83% da cobertura estimada. Todos eles foram avaliados quanto a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, todos tem os exames complementares em dia e tiveram seus pés examinados nos últimos três meses e, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, assim como medida da sensibilidade dos pés. Todos eles foram orientados sobre prática regular de atividade física e alimentação saudável e tiveram a avaliação da saúde bucal.

Quanto à atenção à saúde do idoso, o atendimento é feito todos os dias da semana em todos os turnos, porém a oferta de atendimento é para problemas de saúde agudos, porque não existe um protocolo de atendimento para idosos estabelecido o que constitui uma debilidade nas ações de promoção e prevenção da saúde deste grupo tão numeroso e vulnerável em nossa área. É por isso a cobertura de saúde da pessoa idosa em nossa ESF precisa ser melhorada. Em função disso, os poucos indicadores de qualidade do idoso tem a mesma avaliação.

A estimativa de idosos apresentada pelo CAP para a população é de 471 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área. De acordo com os dados da nossa UBS e dos ACS temos 385 (81%) pessoas com 60 anos ou mais na área de abrangência da UBS.

Na avaliação dos indicadores de qualidade vemos que temos 300 (77,9%) com caderneta do idoso, avaliação multidimensional, acompanhamento em dia, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional e sobre atividade física e avaliação de risco para morbi-mortalidade. Dos cadastrados temos 155 (40,2%) com hipertensão arterial e 50 (13%) com diabetes mellitus.

Na atenção em saúde Bucal em nossa UBS não temos muitas dificuldades. A odontóloga e ACS têm um sistema de agendamento das consultas sempre com prioridade para as doenças crônicas não transmissíveis e gestantes, não deixando de cumprir com as atividades diárias delas, A única dificuldade apresentada é a falta

de manutenção do equipamento odontológico. Muitas vezes o acesso dos usuários é interrompido por isto.

Temos atendimento em nossa UBS e o acolhimento de paciente que precisam atendimento odontológico é feito pela assistente de saúde bucal. Temos consulta odontológica todos os dias da semana. As consultas são previamente agendadas e também temos consultas para a demanda espontânea e situações de emergência.

A Odontóloga e a Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) fazem atividades nas escolas de educação, prevenção e promoção de saúde bucal.

Todos os profissionais de saúde de nossa UBS realizam ações de saúde bucal com os usuários não só no atendimento clínico do médico e da enfermeira, mas também nos atendimentos do odontólogo. Priorizamos os atendimentos para as gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos e idosos e o médico e enfermeira também referenciam para atendimento odontológico àqueles diagnosticados com problemas bucais importantes.

Ter um bom atendimento da saúde bucal pode evitar deteriorar a dentição e extrações dentais, as quais levam a uma mastigação deficiente e transtornos digestivos. Também um acompanhamento sistêmico ajuda a um diagnóstico precoce de doenças e lesões pré-cancerosas permitindo um tratamento oportuno.

Por isso temos que aumentar as ações coletivas a comunidade, as palestras nas escolas, nas salas de espera, ressaltando a importância de uma alimentação saudável, de uma boa higiene bucal, de procurar atendimento odontológico ante qualquer lesão na boca. Todas estas ações encaminhadas a melhorar a qualidade de vida da população.

Os maiores desafios encontrados em nossa UBS após 12 semanas de estudo da elaboração de uma análise situacional, nos leva a fazer um plano de ação onde diante dos principais problemas da saúde da população e da UBS encontrados busquemos realizar e implementar ações para resolvê-los em um período de tempo que pode ser a curto, médio e longo prazo. Os melhores recursos que temos é uma equipe com profissionais que adquiriram um novo conhecimento sobre a organização e gestão na saúde pública, dispostos a trabalhar em grupo.

Ao final do relatório, tivemos importantes mudanças no processo de trabalho da equipe:

Acabaram as filas da madrugada em busca de "Fichas de Atendimento". Nossa UBS tem a presença do médico em turno integral.

O trabalho em nossa UBS agora está bem organizado e planejado para o atendimento de toda a população. Prestando os serviços de assistência médica para doenças agudas e crônicas, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde com ênfase em prevenção e promoção da saúde.

Diante do que fora realizado na análise situacional, já temos mudanças importantes na equipe e no comportamento da comunidade.

Nas visitas domiciliares, principalmente na zona rural, a população fica muito agradecida com a nossa presença, porque este tipo de atendimento nunca havia sido efetuado. São momentos importantes para trocar idéias, estilos e modos de vida. Agora os mesmos têm uma melhor percepção dos fatores de risco das doenças mais comuns que os acometem.

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

É muito gratificante depois de realizado o trabalho do Relatório da Análise Situacional (RAS) ter obtido a transformação da situação que eu encontrei no início do trabalho. A situação no principio era caótica com uma grande dúvida social tendo em conta que não tinha protocolizado praticamente nada na UBS. Depois de começar a utilizar o CAP e preencher os questionários e responder às questões reflexivas vimos uma melhor organização do trabalho. Na verdade, eu não esperava um resultado tão grande. Foi aperfeiçoado totalmente o controle das doenças crônicas. Aumentou o seguimento das visitas domiciliares feitas pel, enfermeira e ACS. Quando comecei a trabalhar percebia que não realizávamos avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pela equipe. Após realização do RAS, a equipe encontra-se mais engajada, motivada para o aperfeiçoamento profissional. Percebemos a qualidade do atendimento à medida que discutimos sobre o processo de trabalho, na tentativa de contribuir para uma melhor resolutividade do sistema.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, apud BRASIL, 2013a, p.19). O Diabetes Mellitus (DM), doença bastante prevalente no mundo, acomete parte importante da população brasileira, sendo seu rastreamento importante para iniciar tratamento adequado o mais rapidamente possível, evitando assim as complicações e os custos destas para a sociedade. De acordo com Alfadrique (2009 apud BRASIL, 2013 b, p. 19) o Diabetes Mellitus é “um problema de saúde considerado Condição Sensível à APS, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares “Segundo Brasil, (2013 b. p.19), “as complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde”.

A equipe do PSF 3 Rio Branco em Sobradinho-RS atende a uma população de 3.500 pessoas. A nossa UBS tem os seguintes ambientes: sala de espera, sala nebulização e curativos, 1 sala d, 1 consultório de odontologia, , sala de esterilização e cozinha. A equipe está composta por: 1 médico, 1 cirurgiã-dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais, 7 agentes comunitárias de saúde e uma recepcionista.

Para a população da área de abrangência segundo o CAP teríamos 2.484 pessoas com 20 anos ou mais na área da UBS e dentre eles teríamos 782 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 224 pessoas com 20 anos ou mais com

Diabetes. De acordo com os dados da UBS tínhamos conhecimento de 354 (45%) hipertensos e 185 (83%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Na avaliação dos indicadores de qualidade na atenção aos hipertensos temos que dos 354 cadastrados e acompanhados temos 300 (84,5%) com avaliação de risco cardiovascular por critério clínico. De todos os 354 cadastrados temos 340(96%) com exames complementares periódicos em dia, orientados sobre prática regular de atividade física e sobre alimentação saudável e com avaliação de saúde bucal. Em relação às pessoas com DM, de acordo com o CAP teríamos estimados 224 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS. Segundo os dados da UBS temos cadastrados 185 usuários diabéticos nesta faixa etária, o que representa 83% da cobertura estimada. Todos eles foram avaliados quanto a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, todos tem os exames complementares em dia e tiveram seus pés examinados nos últimos três meses 30 e, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, assim como medida da sensibilidade dos pés. Todos eles foram orientados sobre prática regular de atividade física e alimentação saudável e tiveram a avaliação da saúde bucal. Buscaremos durante a intervenção cadastrar os 354 hipertensos e 185 diabéticos da área de abrangência da UBS.

Avaliando o desenvolvimento da ação de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, a equipe constatou que o atendimento ora disponibilizado, precisa ser melhorado e definimos essa ação programática como prioridade, principalmente consideramos a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Depois que analisamos os indicadores de cobertura e de qualidade vimos que precisamos aumentar a cobertura e a qualidade da atenção ao paciente com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em nossa UBS.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ PSF 3 Rio Branco, Sobradinho/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1 Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de

saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **16** semanas na UBS/ PSF 3 Rio Branco, Sobradinho/RS. Participarão da intervenção pessoas maiores de 20 anos portadoras de hipertensão e diabetes

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento:

O monitoramento do número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa será acompanhado semanalmente com a verificação dos registros nos prontuários Clínicos, conferências da Ficha espelho e, sobretudo mensalmente, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD), fornecida pelo curso. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe. Os responsáveis pelo monitoramento serão o médico e enfermeira da equipe. É importante fazer um exaustivo trabalho nas visitas domiciliares pelas ACS para buscarmos os hipertensos e diabéticos que ainda não estejam cadastradas na UBS.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste (HGT) na UBS.

Detalhamento:

Para garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa vamos trabalhar com as fichas-espelhos que foram fornecidas pelo curso e com o registro no prontuário clínico. A ficha-espelho será preenchida para cada usuário nas consultas clínicas realizadas pelo médico e pela enfermeira da equipe desde a consulta inicial de cadastro e para as demais consultas de acompanhamento.

Buscaremos organizar um arquivo específico para os usuários hipertensos e diabéticos para facilitar a busca da equipe ao prontuário e Ficha Espelho.

Para melhorar o acolhimento faremos capacitação de toda a equipe bem como organizaremos o fluxograma e processo de trabalho da equipe onde os usuários que busquem a unidade por demanda espontânea ou atividades agendadas ou da rotina da unidade (vacina, curativo, por exemplo) sejam recebidos e devidamente direcionados.

Buscaremos realizar a aferição da Pressão Arterial (PA) de todas as pessoas maiores de 20 anos que vierem à UBS para consulta clínica ou não. Os responsáveis pela aferição serão as técnicas de enfermagem.

Solicitaremos através de ofício endereçado ao gestor os equipamentos necessários para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicosímetro e fitas para a realização do HGT em quantidade suficiente.

A enfermeira ficará responsável de monitorar a qualidade e quantidade dos insumos e equipamentos necessários, revisando-os semanalmente.

No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.
- 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:

A orientação da população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS será feita boca a boca pelos ACS nas visitas domiciliares e também serão divulgados nos diversos setores sociais da área de abrangência da UBS (igreja, escolas, associações, dentre outros que fizerem parte da área de abrangência da UBS. Também convocaremos às lideranças comunitárias para nos auxiliarem nesta tarefa.

Realizaremos orientação à comunidade sobre a importância de aferir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e do rastreamento da DM e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 Milímetros de Mercúrio(mmHG).

Detalhamento:

O médico ou a enfermeira da equipe irão capacitar o ACS para a revisão dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) acerca da população da área adstrita à UBS e principalmente no levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não estejam cadastrados na UBS.

O médico ou a enfermeira farão a capacitação da equipe para aferição da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Nisto discutiremos principalmente o que está descrito na página 30 do Caderno número 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial, publicado em 2013 (protocolo adotado).

Para a capacitação da realização do HGT enfatizaremos que a realização do mesmo será para os adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou fatores de risco ou sinais clínicos de hipoglicemia ou hiperglicemia. Atentar para as orientações da página 27 (Tabela 1 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos) do Caderno número 36 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, publicado em 2013 (protocolo adotado).

As reuniões de capacitação serão realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção e quando se fizer necessário, ao longo da intervenção. As reuniões serão de leitura, discussão e realização de oficinas prática e encenação de atendimentos. A própria equipe irá planejar a capacitação, porém será buscado apoio quando o assunto não for de domínio de nenhum profissional da equipe.

Objetivo: 2-Melhorar a qualidades de atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes.

Detalhamento:

Para monitorarmos a realização do exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados durante a intervenção faremos a cada atendimento a avaliação do Prontuário clínico e da ficha espelho. Devemos estar atentos ao que nos orienta o Capítulo 2 dos Protocolos adotados (Caderno 36 e Caderno 37 adotado) no que diz acerca do exame clínico apropriado realizado pela enfermeira e pelo médico. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento:

Definiremos, a partir da capacitação dos profissionais da equipe acerca das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico apropriado de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Realizaremos as capacitações nas duas primeiras semanas da intervenção e sempre que se fizer necessário.

Solicitaremos à gestão pelo menos 1 cópia impressa dos protocolos adotados para consulta da equipe.

Estaremos sempre guiados pelos protocolos adotados.

No eixo de Engajamento Público:**Ações:**

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

cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento:

Através de atividades educativas realizadas no âmbito da UBS ou na comunidade e durante as consultas clínicas, o médico e enfermeira orientarão sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e a importância da realização dos exames complementares para o melhor acompanhamento da saúde das pessoas com HAS e DM.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

Na primeira semana de intervenção o médico e enfermeira apresentarão aos demais membros da equipe o que diz o protocolo sobre a realização apropriada do exame clínico de competência de cada profissional.

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.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

Para monitorarmos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado, diariamente através dos atendimentos clínicos com a verificação dos registros nos prontuários Clínicos, e da Ficha espelho avaliaremos se está ou não registrado a solicitação dos

exames. Este monitoramento deverá ser realizado pelo médico e enfermeira durante a consulta clínica.

Para este monitoramento será realizado um sistema de alerta que permita identificar os que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- 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:

Na primeira semana de intervenção, quando discutirmos acerca das atribuições de cada profissional, definiremos que a solicitação dos exames complementares será realizada pelo médico e/ou enfermeira durante o exame clínico. Apesar da solicitação de exames serem de responsabilidade destes dois profissionais, discutiremos com toda a equipe acerca da necessidade da realização dos exames e quais exames são preconizados pelos protocolos adotados. Nas consultas clínicas os profissionais deverão sempre ter o cuidado de verificar se os exames complementares estão em dia. Se for a primeira consulta solicitar que o usuário os realize.

Buscaremos junto ao gestor garantir uma organização dos serviços de forma que consigamos os materiais necessários para a realização dos exames (testes rápidos) na UBS e facilitar o acesso dos usuários nos serviços laboratoriais e de apoio de diagnóstico do município ou nos municípios de referencia (quando detectada a necessidade de realização de exames de maior mais complexidade).

Pediremos para ele também que nos garanta agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabeleceremos um sistema de alerta para os exames complementares preconizados de forma que para aqueles usuários com atraso nos exames seja feito um registro na ficha Espelho com um adesivo na cor amarela para aquele com exame atrasado e na cor vermelha naquele que ainda não realizou nenhum exame complementar solicitado.

No eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira em atividades educativas na UBS e na comunidade e durante as consultas clínicas orientarão sobre os tipos de exames, periodicidade para a realização dos exames e sua importância para prevenir possíveis complicações.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

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

Detalhamento:

Esta capacitação será realizada pelo médico e enfermeira da equipe para os demais membros da equipe, nas duas primeiras semanas da intervenção discutindo acerca dos exames preconizados pelos Protocolos adotados.

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ações:**

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

Detalhamento:

Sempre que o usuário chegar para as consultas clínicas, o médico e enfermeira perguntarão sobre o uso regular das medicações prescritas e sobre o

acesso dos mesmos aos medicamentos da Farmácia da UBS. Isto será registrado na Ficha Espelho.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento:

A cada quinze dias será realizado pelas Técnicas de Enfermagem e/ou enfermeira e responsável pela Farmácia o controle de estoque (incluindo validade) de medicamento.

Teremos um caderno de registro com dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle.

Buscaremos junto à gestão garantir quantidade suficiente em estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para garantir o acesso dos usuários aos mesmos para que não tenhamos falhas no uso da medicação prescrita.

No eixo de Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

Após as consultas sempre orientar aos usuários para que recorram à Farmácia Popular /Hiperdia na própria UBS para pegar os medicamentos.

Quando nas consultas surgir a necessidade de prescrever um medicamento que a Farmácia não tiver, deveremos sinalizar ao gestor a necessidade de adquiri-lo ou orientar ao usuário a possibilidade de encontrá-lo na Farmácia Popular a menor custo.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- 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 que é o prescritor de medicamentos deverá buscar atualizar-se através da lista Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) mais atual sobre as medicações utilizadas para tratamento da hipertensão e Diabetes.

O médico e enfermeira capacitarão aos demais membros e responsável pela Farmácia da UBS para se caso os medicamentos prescritos não forem encontrados na própria UBS, orientar aos usuários para recorrer às Farmácias Populares que fornecem medicamentos a baixo custo.

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.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre a necessidade de atendimento odontológico, por isso para poder coletar dados necessários ao monitoramento o médico e a enfermeira vão anotar estes dados na Ficha Espelho a cada consulta clínica de cadastramento e nas consultas de acompanhamento, para aqueles diagnosticados com necessidade de avaliação odontológica, registrar se foram ou não atendidos em consulta com o odontólogo.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou Diabéticos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou Diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Buscaremos dialogar com a gestão para traçarmos estratégias que viabilizem o acesso dos usuários ao serviço de odontologia em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais.

A cada consulta clínica o médico e a enfermeira quando diante da anamnese e exame físico detectarem problemas bucais nos usuários encaminhá-lo-ão ao odontólogo para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação.

No eixo de Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

Durante as atividades de educação em saúde e nas consultas clínicas e nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou outros espaços comunitários orientaremos acerca da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes. Estas atividades serão realizadas por todos os profissionais da equipe.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

Capacitaremos a equipe sobre as doenças odontológicas que precisam atendimento. Esta capacitação será realizada por um profissional odontólogo que solicitaremos junto à gestão para esta atividade.

Incentivaremos a equipe para o encaminhamento para a realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

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

Meta 3.1 Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

Na Ficha espelho teremos a data da última consulta feita e a próxima consulta para fazer, assim será mais fácil monitorar a periodicidade das consultas para cada hipertenso e/ou diabético cadastrado.

O Monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pelo médico e/ou enfermeira da equipe semanalmente através da revisão da ficha espelho e junto com o livro de registro desses usuários.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

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

Detalhamento:

Semanalmente, a enfermeira e os técnicos em enfermagem juntamente com o médico farão um relatório dos usuários faltosos buscando a Ficha Espelho ou livro de registro para controle de consultas agendadas e que os usuários não compareceram. O ACS de cada microrregião irá buscar os faltosos e orientá-los para retornar à UBS e realizar os acompanhamentos. Se mesmo assim o usuário não

retornar à UBS, toda a equipe de saúde (médico, ACS, enfermeira e técnicos em enfermagem) em visitas domiciliares buscarão orientar e convencer aos usuários para recorrer à UBS para atualizar as consultas e manter sempre as mesmas em dia.

Será organizada a agenda para que permita acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, isso programado durante reunião de equipe com todos os membros.

No eixo de Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

Durante os atendimentos diários na UBS, antes de iniciar os atendimentos a equipe realizará uma atividade de “Sala de Espera” onde trará para as pessoas presentes a importância do acompanhamento regular do hipertenso e diabético com a equipe e falar sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A cada semana designaremos um profissional da equipe para realizar a atividade “Sala de Espera”. Nas reuniões com os líderes comunitários e de grupos buscaremos incentivar aos presentes para falar sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltoso).

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

O médico e/ou enfermeira, capacitarão aos ACS para que sempre que realizar as visitas domiciliares pedir a caderneta dos portadores de HAS e DM para

verificar as datas das consultas marcadas e estar sempre orientando-os para não faltarem à consulta previamente agendada.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

Fazer um controle na forma de cadastramento para ter todos os usuários que são acompanhados pela unidade de saúde, assim facilita o trabalho para fazer a busca de usuários faltosos ou não cadastrados na área.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- 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:

Os ACS terão a responsabilidade de manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, mensalmente na atualização e coleta de dados nas visitas domiciliares.

Também mensalmente, repassaremos para o setor de Informática da Secretária Municipal de Saúde as informações para atualização do SIAB/ e-SUS.

A Ficha de acompanhamento que utilizaremos para atualizar os dados durante a consulta clínica será a Ficha Espelho (Anexo B) que adotaremos.

Será realizado pelo grupo de monitoramento, por meio do acompanhamento da ficha espelho e planilha de coleta de dados e discutidos em reunião de equipe semanalmente.

Criaremos 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 para isto vamos afixar adesivos de cores diferentes nas Fichas espelho de forma que a equipe possa identificar de acordo com as cores adotadas, aqueles usuários que tem pendências no acompanhamento.

No eixo de Engajamento Público:

Ações:

- 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:

Todos os integrantes da equipe, através de palestras e diálogos na própria consulta, orientarão às pessoas com hipertensão ou diabetes e a comunidade sobre o direito de cada usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e conscientizá-los de que esses registros estão na ficha de acompanhamento e sempre que precisarem pode está solicitando na recepção, pois os mesmos estão disponíveis e o acesso a eles não pode ser negado.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.

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

Detalhamento:

O médico e/ou enfermeira da equipe vão capacitar aos técnicos em enfermagem e recepcionista para o registro adequado das informações de identificação do usuário na Ficha espelho (nome, endereço, entre outras informações).

O médico e enfermeira se capacitarão para o registro adequado das informações quanto aos procedimentos clínicos realizados em todas as consultas.

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

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

O monitoramento da estratificação do risco cardiovascular em diabéticos e/ou hipertensos será revisado pelo médico e enfermeira que a cada consulta verificará na ficha espelho para verificar se o usuário já fez pelo menos uma vez a estratificação de risco por ano. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

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

Detalhamento:

Organizaremos na agenda do médico e da enfermeira horários para atendimento de pessoas hipertensas e/ou diabéticas diagnosticadas como de alto risco durante a avaliação do escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Estas pessoas terão um acompanhamento mais regular de acordo com a adesão ou não ao tratamento estabelecido.

No eixo de Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

Buscaremos esclarecer às pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Durante as consultas clínicas, o médico e a enfermeira orientarão às pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre o seu nível de risco da doença e sobre a importância do acompanhamento regular das consultas.

Isso também é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pé.
- 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:

O médico e/ou enfermeira da equipe, na primeira semana de intervenção, discutirão e estudarão o Protocolo adotado para a realização da estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo. Também estabelecerão um Fluxo para que não deixem de registrar todas as informações na ficha espelho e prontuários. Esta Ficha deverá ser alimentada a cada consulta de cadastramento e acompanhamento do usuário.

Na capacitação com toda a equipe será apresentado pelo médico e pela enfermeira aos demais as estratégias utilizadas para estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sobre estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

.Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

O médico e/ou enfermeira, semanalmente, verificarão na ficha espelho e procurarão saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos, durante o atendimento clínicos se estes receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável durante as consultas clínicas ou se participaram de alguma atividade coletiva sobre este tema. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

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

Detalhamento:

A equipe se organizará para realizar atividades coletivas sobre o tema “alimentação saudável”. Convidaremos os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhante e familiares para receber orientações da nutricionista de como se alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da

região, realizando a preparação de pratos típicos, que sejam saudáveis e recomendáveis para hipertensos e diabéticos.

Organizar-nos-emos para realizarmos estas atividades pelo menos mensalmente em alguns lugares da comunidade como igrejas, escolas ou associações ou onde se desenvolvem as atividades de grupo da nossa UBS.

O médico e/ou enfermeira da equipe buscarão junto ao gestor estratégias para conseguir parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

No eixo de Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

Organizaremos atividades de educação em saúde para os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhante e familiares para receber orientações nutricionais de como se alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da região, realizando a preparação de pratos típicos, que sejam saudáveis e recomendáveis para hipertensos e diabéticos.

Estas ações educativas serão realizadas através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Nas ações na comunidade, organizar-nos-emos para realizarmos estas atividades pelo menos mensalmente onde se desenvolvem as atividades de grupo da nossa UBS e/ou na comunidade.

Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- 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:

O médico e/ou enfermeira irão capacitar a equipe para orientar as pessoas diabéticas e hipertensas nas visitas sobre como se alimentar bem de forma saudável e também para que desenvolvam hábitos de alimentação saudável e disseminarão estas informações para familiares, amigos e toda a comunidade.

No que tange às metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe as atividades educativas a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e /ou diabéticos.

Detalhamento:

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos, os usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientações durante as consultas sobre a importância prática regular de atividade física. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

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

Detalhamento:

Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física e demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores

físicos nesta atividade. Incentivaremos a criação de grupo de caminhada e/ou de atividades físicas pelo menos quinzenalmente.

No eixo de Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

No decorrer das consultas clínicas e através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade buscaremos promover orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- 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:

Organizaremos junto à gestão a disponibilidade de um educador físico ou fisioterapeuta para orientar equipe para orientarmos à comunidade sobre a importância da prática regular de atividade física e dicas de como fazê-las de forma adequada respeitando horários, entre outros.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe as atividades educativas a ser realizadas na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ações:**

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

A cada consulta o médico e a enfermeira irão verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância dos riscos sobre o tabagismo. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

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

Detalhamento:

Através de uma reunião ou diálogo/conversa procurar saber do gestor se a Secretaria de Saúde já aderiu ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Se a resposta for não, informar sobre o programa e conscientizá-lo da importância da adesão para um melhor controle dos riscos de saúde aos usuários com hipertensão e diabetes.

No eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

Orientaremos nas atividades de educação em saúde e nas consultas clínicas às pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Discutiremos entre a equipe para chegarmos num consenso para juntos ministrarmos atividades educativas na UBS e na comunidade para as pessoas hipertensas e diabéticas e para a população, passando as informações necessárias e oferecendo tratamento para os que quiserem parar de fumar.

Conversaremos com o gestor para viabilizar a participação da equipe em atividades de capacitação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

Para monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes utilizaremos a Ficha Espelho fornecida pelo Curso ainda que nela não tenhamos um local específico para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos registrar estes dados num local na própria Ficha Espelho.

A cada semana, o médico e enfermeira e técnicos irão verificar as fichas de acompanhamento para acompanhar se os usuários com hipertensão e diabetes receberam orientações sobre higiene bucal.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

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

Detalhamento:

Disponibilizaremos no mínimo 10 minutos de consultas para cada usuário (atentando para as necessidades avaliadas durante as consultas), no intuito de conversarmos sobre ações de promoção em saúde e hábitos de vida saudável.

No eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Estaremos orientando às pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a importância da higiene bucal através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade, bem como nas consultas clínicas, sobre a importância da escovação correta dos dentes após cada refeição e inclusive a higienização correta de próteses odontológicas. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

Convidaremos um odontólogo para capacitar a equipe sobre hábitos de higiene bucal e doenças comuns da cavidade oral e outros temas de interesse, para que nas consultas e através de palestras possamos está orientando corretamente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre as formas de manter a saúde bucal e sobre a importância de, realizar exame bucal periodicamente.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 4 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1 Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 3.2 Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção a Hipertensão e Diabetes na UBS Lagoa Cercada a equipe vai adotar como Protocolo os Caderno n 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica (_Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente), publicados em 2013.

Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Programa de Atenção aos Hipertensos e ao Diabético (HIPERDIA) da UBS e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal, utilizada pela equipe de odontologia da UBS. Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos orientaremos os ACS a buscar atualizar as informações do SIAB/e-SUS, praticamente fazendo um recadastramento dos hipertensos diabéticos da área.

Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente estaremos incentivando as ACS a fazerem uma atualização/ levantamento do número de hipertensos e/ou diabéticos da equipe. Seria uma espécie de recadastramento. Ao mesmo tempo em que o médico e enfermeira buscarão os dados atualizados das pessoas efetivamente cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS.

Como instrumentos de monitoramento utilizaremos a Ficha Espelho do Programa de Atenção aos Hipertensos e diabéticos disponibilizados pela UFPEL e a Planilha de Coleta de Dados. Pretendemos durante a intervenção cadastrar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e para isto teremos que junto ao gestor conseguir cerca de 500 fichas Espelho.

Salientamos que o cadastro dos usuários hipertensos no Programa durante a intervenção será realizado a partir da consulta clínica do médico ou da enfermeira.

Como monitoramento, semanalmente o médico e enfermeira alimentarão a Planilha de Coleta de Dados com os dados da Ficha Espelho e prontuários e mensalmente será discutido com a equipe os resultados alcançados.

No eixo de organização e Gestão do serviço na primeira semana da intervenção em reunião com a equipe organizaremos o processo de trabalho da equipe onde estabeleceremos o papel de cada componente da equipe durante a intervenção bem como nos organizaremos para organizar o acolhimento que será realizado por todos os profissionais da equipe onde estabeleceremos um fluxo de atendimento das demandas espontâneas e daqueles usuários provenientes das buscas ativas.

O acolhimento das pessoas hipertensas e/ou diabéticas que buscarem o serviço será realizado inicialmente na recepção e depois pela técnica de enfermagem e/ou enfermeira. Pessoas com manifestações clínicas de uma das duas patologias serão atendidas no mesmo turno para ampliar a captação destes usuários; pessoas com problemas agudos destas patologias serão atendidos no mesmo turno com caráter prioritário para agilizar o tratamento de intercorrências, nas consultas disponíveis para pronto atendimento; pessoas que buscam consulta de acompanhamento de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias, e os que vierem a consulta programada sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Buscaremos junto ao gestor garantir uma organização dos serviços de forma que consigamos os materiais necessários para a realização dos exames (testes rápidos) na UBS e facilitar o acesso dos usuários nos serviços laboratoriais e de apoio de diagnóstico do município ou nos municípios de referência (quando detectada a necessidade de realização de exames de maior mais complexidade). Pediremos para ele também que nos garanta agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Também junto ao gestor na primeira semana da Intervenção, ou antes, disto, quando apresentarmos o Projeto da Intervenção à gestão buscaremos implementar uma estratégia que viabilize o acesso dos usuários ao serviço de odontologia em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais e para aqueles detectados pelo médico e enfermeira durante a consulta clínica. Deveremos estabelecer um fluxo para encaminharmos os usuários para a avaliação odontológica e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação.

Estabeleceremos um sistema de alerta para os exames complementares preconizados de forma que para aqueles usuários com atraso nos exames seja feito um registro na ficha Espelho com um adesivo na cor amarela para aquele com

exame atrasado e na cor vermelha naquele que ainda não realizou nenhum exame complementar solicitado. O mesmo sistema de alerta será utilizado para o controle dos usuários com Hipertensão e Diabetes diagnosticados como de alto risco.

Semanalmente a enfermeira examinará os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou laboratoriais em atraso. As agentes comunitárias de saúde farão a busca ativa de todos os pacientes em atraso. Ao fazer a busca já agendará o paciente para um horário de sua conveniência.

A importância da realização dos exames solicitados e a importância de manter um acompanhamento regular será discutido entre a equipe e com a comunidade e usuários com hipertensão e diabetes nas atividades educativas realizadas na UBS e na comunidade. A cada consulta, quando solicitado exames ou prescrito medicamentos, o médico e a enfermeira orientarão ao usuário os locais para a coleta e realização dos exames e onde conseguir medicamentos na Farmácia Popular quando não estiverem disponíveis na UBS.

As ações de engajamento público serão de grande importância para o sucesso da intervenção.

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes das diferentes micro-áreas de nossa comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de ampliar a cobertura de atendimento a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade da atenção dos mesmos e sua adesão ao programa, identificar aos que tem risco para doenças cardiovasculares e promover a saúde deste grupo tão vulnerável. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos, e sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Em todas as visitas domiciliares o ACS informará sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS bem como sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Realizaremos reunião quinzenalmente ou mensalmente com o Grupo de Hipertensos e diabéticos na UBS e os responsáveis por estas reuniões e para a

organização das mesmas serão todos os profissionais da equipe. Buscaremos junto ao gestor, alimentos para serem ofertados depois das reuniões (“café saudável”).

Para a realização das atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade buscaremos garantir junto ao gestor equipamentos áudio visuais (Data show, Caixa de som, computador e outros). Também para divulgação da intervenção e importância do acompanhamento regular estaremos distribuindo panfletos e afixando cartazes no mural da UBS.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade. A programação para as atividades de educação em saúde na Comunidade serão previamente discutidas com as ACS para organizarem o local, a data e a forma de convite à comunidade para participarem das atividades de educação em saúde na comunidade.

Para a qualificação da prática clínica, começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre os cadernos de atenção básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para que cada um dos integrantes da equipe utilize esta referência na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada uma hora nas sextas feiras, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte dos cadernos e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Deveremos estimular a participação de todos os membros nas capacitações que serão realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção ou quando se fizer necessário. Nas capacitações inicialmente discutiremos os Protocolos adotados, especialmente falando sobre as ações de rastreamento (aferição da PA e realização de HGT) e sobre os exames preconizados pelos protocolos. A enfermeira fará a capacitação das técnicas na primeira semana da intervenção para a técnica correta para a aferição da Pressão Arterial e realização do HGT.

Também discutiremos sobre a realização do exame clínico, de responsabilidade do médico e da enfermeira bem como a estratificação de risco. Todos devem saber sobre isto ainda que apenas o médico e a enfermeira farão esta

classificação. Os responsáveis por estas capacitações serão o médico e enfermeira da equipe e também poderão buscar outros profissionais para estarem realizando as capacitações com os temas que não for de domínio dos responsáveis pelas capacitações.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as ações planejadas no projeto foram desenvolvidas. É importante ressaltar que o cronograma seguiu seu fluxo com naturalidade, além de ter influenciado na intervenção as minhas férias no mês de abril, porque nesse tempo, não foram feitos atendimentos clínicos e houve uma redução de tempo na intervenção. Após a minha re-incorporação no serviço, iniciou-se novamente estes atendimentos de forma organizada e fluida e até o final da intervenção realizamos 431 cadastros sendo 277 hipertensos e 154 diabéticos.

Realizamos durante a intervenção a capacitação dos profissionais da saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Também realizamos a capacitação das ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas clínicas agendadas e àqueles hipertensos e diabéticos que ainda não haviam sendo acompanhados na UBS.

Conseguimos fazer o levantamento dos usuários hipertensos e diabéticos que já foram consultados e os que ainda não tiveram avaliação e nem orientações de saúde.

Desenvolvemos um questionário para que as ACS aplicassem às famílias de sua microárea para a pesquisa ativa de novos casos de hipertensos e diabéticos diagnosticados fora da UBS, treinando as mesmas na sua aplicação. Os ACS fizeram a aplicação do questionário pelas ACS nas microáreas.

Fizemos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, solicitando apoio para as estratégias que serão implementadas.

Desenvolvemos folders explicativos para serem entregues nos domicílios, treinando as ACS para o uso desse material.

Realizamos a contento durante as 12 semanas da intervenção o atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos.

Realizamos reuniões de Grupos de hipertensos e diabéticos.

Os ACS realizaram a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.

Fizemos adequadamente o monitoramento da intervenção. Analisamos os questionários já respondidos, que foram entregues aos ACS na 2ª semana.

Discutimos com a equipe se houve melhoras, e solicitamos a cada reunião de opiniões/ críticas/ sugestões para seguir melhorando.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas no projeto foram desenvolvidas. A maior limitação encontrada foi que a intervenção foi planejada para ser executada em 16 semanas, mas por orientação pedagógica do curso a intervenção foi reduzida para 12 semanas, atrapalhando um pouco o planejado e ex no cronograma, além de que o período das férias propiciou o adiantamento do término da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A dificuldade encontrada durante a o preenchimento da planilha de dados foi de entender que os dados digitados durante o mês vigente, com exceção dos nomes dos usuários, deveriam ser levados para o mês seguinte de maneira manual. Também verifiquei durante o preenchimento que os indicadores não poderiam ultrapassar o percentual de 100%, o que constantemente era corrigido. Como estratégia para os registros criou-se o livro de registros para poder acompanhar os pacientes hipertensos e diabéticos de maneira mais precisa, pois quando cheguei à unidade verifiquei que os registros eram deficientes e muitas vezes inexistentes, não sendo possível fazer um acompanhamento de longo prazo

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As autoridades da secretaria da saúde forneceram e estão dando o apoio para o desenvolvimento do projeto. Nós estamos contentes, pois o projeto está sendo absorvido no cotidiano da equipe. Estamos trabalhando para melhorar a saúde de nossa população e ajudando muitas pessoas com medidas preventivas e educativas. Com a continuidade do projeto poderemos melhorar a cobertura das ações além de qualificar ainda mais os registros.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi desenvolvida na área de abrangência da UBS/ PSF 3 Rio Branco em Sobradinho-RS.

O Objetivo principal da Intervenção foi melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da população vinculada a equipe. Foram avaliados neste processo de intervenção os usuários adultos maiores de vinte anos num período de doze semanas de intervenção.

A população vinculada à UBS é de 3.500 pessoas e na fase da Análise Situacional, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), para a população da área de abrangência da equipe teríamos 2.484 pessoas com 20 anos ou mais na área da UBS e dentre eles teríamos 782 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 224 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes.

De acordo com os dados da UBS tínhamos conhecimento de 354 (45%) hipertensos e 185 (83%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Na Planilha de Coleta de Dados que trabalhamos durante a intervenção para o monitoramento e avaliação utilizamos como estimativa de busca esta população de 354 hipertensos e 185 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, 277 (78,2%) usuários hipertensos e 154 (83,2%) diabéticos da área.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas.

A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Tendo em conta que a quantidade de pessoas maiores de 20 anos com hipertensão estimados na nossa área de saúde era de 354 e que o objetivo neste caso foi aumentar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso, não conseguimos alcançar a meta proposta.

Segundo a Figura 1, no primeiro mês da intervenção foram cadastrados 137 (25,1%) hipertensos, no 2º mês cadastramos 177 (50%) usuários com hipertensão, e no 3º mês finalizamos a intervenção com 277 (78%) hipertensos da área de abrangência cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Os cadastros foram aumentando à medida que avançávamos no trabalho.

Foram muitas as ações feitas para alcançar estes resultados:

- Fizemos um levantamento da quantidade dos hipertensos da área;
- Fizemos palestras e comunicados em nossa UBS informamos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos Hipertensos na UBS.
- Foi aberto um livro para registro e cadastramento destes usuários e implementamos o uso da ficha espelho disponibilizado pela Ufpel.

Todas estas ações foram possíveis a partir da capacitação das ACS e demais profissionais da UBS para o cadastramento de hipertensos da área de abrangência E adequada utilização dos instrumentos de monitoramento adotados pela equipe.

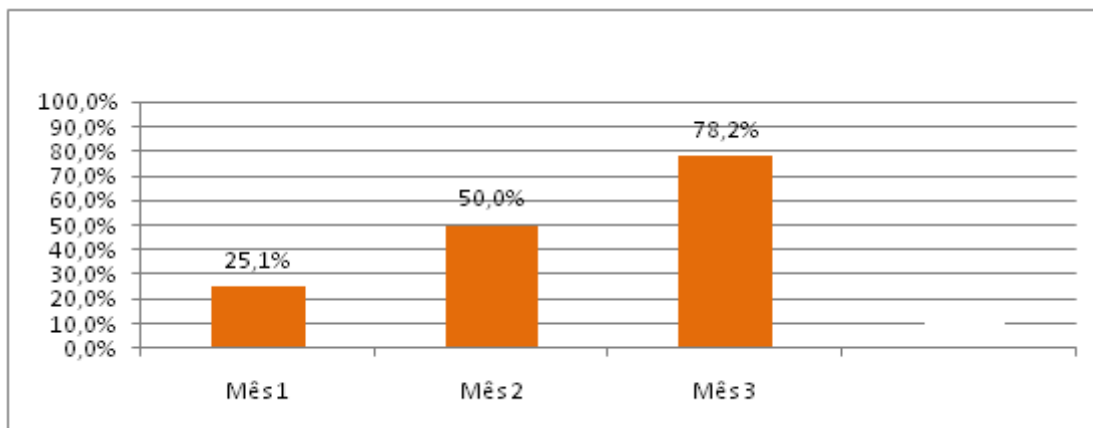


Figura 1 Gráfico Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS /ESF 3 Rio Branco, Sobradinho-RS. 2015

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Segundo a Figura 2, no primeiro mês da intervenção foram cadastrados 47 (25,4%) diabéticos, no 2º mês cadastramos 94 (50,8%) usuários com diabetes, e no 3º mês finalizamos a intervenção com 154(83,2%) diabéticos da área de abrangência cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Os cadastros foram aumentando à medida que avançávamos no trabalho.

Foram muitas as ações feitas para alcançar estes resultados:

- Fizemos um levantamento da quantidade dos diabéticos da área;
- Fizemos palestras e comunicados em nossa UBS informamos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos Hipertensos na UBS.
- Foi aberto um livro para registro e cadastramento destes usuários e implementamos o uso da ficha espelho disponibilizado pela Ufpel.
- Realizamos capacitação da equipe para a realização do HGT seguindo critérios pré- estabelecidos; em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/85 mmhg ou fatores de risco ou sinais clínicos de hipoglicemia ou hiperglicemia. Atentar para as orientações da página 27 (Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos) do Caderno número 36

Todas estas ações foram possíveis a partir da capacitação das ACS e demais profissionais da UBS para o cadastramento de hipertensos da área de

abrangência E adequada utilização dos instrumentos de monitoramento adotados pela equipe.

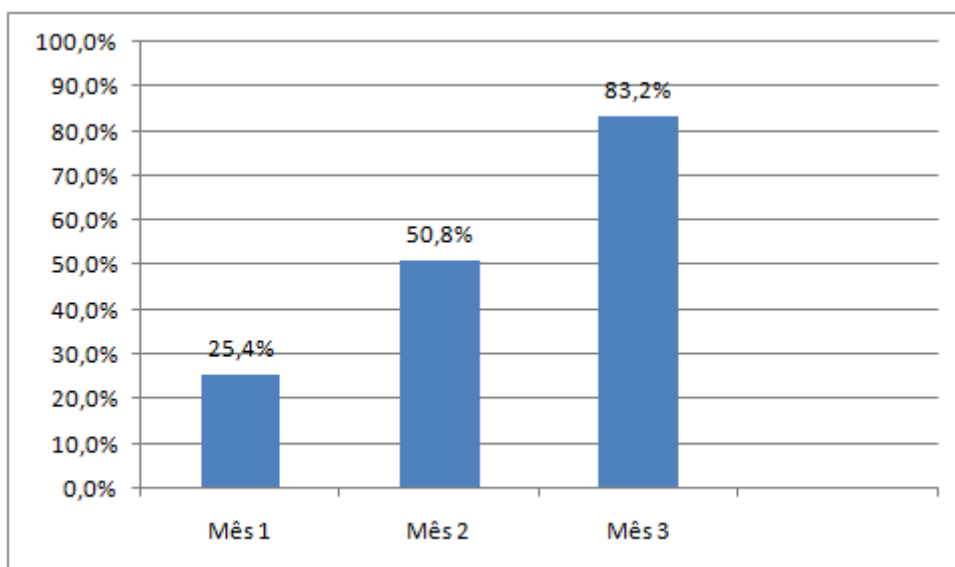


Figura 2 Gráfico Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS /ESF 3 Rio Branco, Sobradinho-RS. 2015

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

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

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

No primeiro mês da intervenção tivemos 89 (100%) hipertensos com exame clínico em dia, no segundo mês 177 (100%) e no terceiro mês finalizamos com os 227 (100%) hipertensos cadastrados com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Neste indicador trabalhamos especialmente na capacitação das Técnicas de Enfermagem para a aferição correta da Pressão Arterial. Também atualizados sobre o tema a toda a equipe especialmente voltados ao que nos orienta o Capítulo 2 dos Protocolos adotados (Caderno 36 e Caderno 37 adotado) no que diz acerca do exame clínico apropriado realizado pelo Enfermeiro e pelo médico

No primeiro mês da intervenção tivemos 89 (100%) hipertensos com exame clínico em dia, no segundo mês 177 (100%) e no terceiro mês finalizamos com os

227 (100%) hipertensos cadastrados com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Neste indicador trabalhamos especialmente na capacitação das Técnicas de Enfermagem para a aferição correta da Pressão Arterial. Também atualizados sobre o tema a toda a equipe especialmente voltados ao que nos orienta o Capítulo 2 dos Protocolos adotados (Caderno 36 e Caderno 37 adotado) no que diz acerca do exame clínico apropriado realizado pelo Enfermeiro e pelo médico.

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

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

Com relação aos usuários diabéticos, observamos que ao longo dos três meses da intervenção conseguimos alcançar que dos 154 cadastrados, todos eles (100%) estiveram com exame clínico em dia, de acordo com o preconizado pelo protocolo. No mês 1 eram os 47(100%) diabéticos cadastrados no mês 2 eram os 94 (100%) e no terceiro mês eram os 154 (100%) diabéticos cadastrados com o exame clínico em dia.

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

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

Buscando atingir o objetivo de melhorar a qualidade de atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a outra meta proposta foi à realização de exames complementares em 100% dos hipertensos.

Contudo, verifica-se que no Mês 1, os 89 (100%) hipertensos cadastrados estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No segundo mês 177 (100%) e no terceiro mês finalizamos com os 227 (100%) hipertensos cadastrados com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Na verdade o município assegura o acesso ao cidadão de exames laboratoriais e de imagens que são indicados pelo médico e agendados pela secretaria de saúde através da Central de Marcação.

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

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

Analisado a PCD verificamos que no Mês 1, os 47 (100%) diabéticos cadastrados estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No segundo mês eram os 94 (100%) e no terceiro mês finalizamos com os 154 (100%) Diabéticos cadastrados com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Salientamos que quando não temos na UBS a medicação na farmácia, orientamos o usuário a buscá-lo nas farmácias populares do município a preço mais acessível.

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.

Com relação aos usuários hipertensos e diabéticos tivemos que todos precisaram da prescrição destes medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Em relação aos hipertensos, todos eles precisaram de medição para o controle dos níveis pressóricos.

No Mês 1, tivemos os 89 (100%) hipertensos cadastrados precisaram de prescrição de medicação para controlar o níveis pressóricos e tiveram prescritos prioritariamente os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No segundo mês foram os 177 (100%) hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada e finalizamos o terceiro mês com os 227 (100%) hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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.

Em relação aos diabéticos, também todos eles precisaram de medição para o controle dos níveis glicêmicos.

No Mês 1, tivemos os 47(100%) diabéticos cadastrados que precisaram de prescrição de medicação para controlar o níveis glicêmicos e tiveram prescritos prioritariamente os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No segundo mês foram os 94 (100%) diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada e finalizamos o terceiro mês com os 154 (100%) diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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.

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

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

Neste caso o 100% dos hipertensos e diabéticos consultados durante o estudo tiveram atendimento odontológico pela dentista da UBS tendo em conta que este tipo de paciente constitui um grupo populacional de risco, no caso dos usuários diabéticos pelo risco de infecções buço- dentarias.

Os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram durante a consultas clínicas a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Em relação aos hipertensos no Mês 1, tivemos os 89 (100%) hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foram os 177 (100%) hipertensos e finalizamos o terceiro mês com os 227 (100%) hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Em relação aos diabéticos, também todos os cadastrados estavam com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No Mês 1, tivemos os 47(100%) diabéticos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foram os 94 (100 e

finalizamos o terceiro mês com os 154 (100%) diabéticos cadastrados hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

Felizmente nestas 12 semanas de intervenção não tivemos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas previamente agendadas

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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.

Nos três meses da intervenção a cada mês a equipe conseguiu o cadastramento de 100 % usuários hipertensos e diabéticos e utilizamos como instrumento de acompanhamento a ficha espelho e o prontuário clínico onde foram registrados as consultas, atendimentos, exames e orientações feitas aos cadastrados;

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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.

Nos três meses da intervenção, a cada mês, a equipe conseguiu o realizar a 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos a estratificação do risco cardiovascular, ação muito importante, pois ajuda na individualização do tratamento.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Nos três meses da intervenção, a cada mês, a equipe conseguiu o realizar a 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos orientações sobre alimentação saudável também contamos a ajuda da nutricionista do NASF.

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

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

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

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

Nos três meses da intervenção, a cada mês, a equipe conseguiu o realizar a 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos orientações sobre a importância da prática diária de atividade física.

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

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

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

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

Nos três meses da intervenção, a cada mês, a equipe conseguiu o realizar a 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos orientações sobre os riscos do tabagismo na saúde e seu efeito prejudicial até para a família.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Nos três meses da intervenção, a cada mês, a equipe conseguiu o realizar a 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos orientações sobre as doenças bucais mais comuns, sobre a correta higiene bucal e os cuidados com a boca. A odontóloga e todos os integrantes ajudaram nesta ação. Nas atividades sempre lembramos ao usuário que o cuidado dos dentes é uma ação de auto-cuidado e é uma responsabilidade da pessoa.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção

Esta intervenção foi de grande importância para a unidade e para a equipe e contribuiu para a união dos integrantes, além disso, gerou a ampliação da cobertura da atenção hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe, assim como a melhoria dos registros e a qualidade da atenção com destaque para a realização do exame físico adequado e a estratificação de risco cardiovascular.

Realizamos a capacitação dos profissionais da saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, cadastramento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de saúde, foi desenvolvido um questionário para que as ACS aplicassem às famílias de sua micro-áreas para a pesquisa ativa de novos casos de hipertensos e diabéticos diagnosticados fora da UBS, capacitando as mesmas na sua aplicação, fizemos contato com os líderes das comunidades para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, solicitando apoio para as estratégias que foram implementadas e aumentar a adesão dos usuários ao programa de intervenção, foram entregues folders explicativos nos domicílios, treinando as ACS para o uso desse material, semana por semana foi feito atendimento clínico aos hipertensos e diabéticos, criou-se grupos de hipertensos e diabéticos, e a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, foi feito um intercâmbio com a equipe para saber se houve melhoras, e solicitar opiniões/ críticas/ sugestões para seguir melhorando.

Semanalmente a enfermeira e o médico examinaram as fichas espelho, fichas que eram e são utilizadas para identificar aqueles pacientes que estão com exames em atraso. As Agentes Comunitárias de Saúde realizavam a busca ativa de todos os pacientes que estavam em atraso com o controle e os exames complementares. Ao fazer a busca ativa as ACS já agendavam estes pacientes para consulta. Ao final de cada semana, as informações coletadas nas fichas espelho eram consolidadas na planilha eletrônica do Excel para compor os resultados do estudo, ou seja, uma forma informatizada para o controle dos resultados do estudo.

Fizemos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho e as fichas complementares que são anexadas aos prontuários, além dos folders e dos questionários utilizados na busca ativa de casos novos.

Para organizar os registros específicos do programa, a enfermeira criou um livro de registro de acompanhamento para os pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Todos os registros realizados no livro foram transcritos no prontuário de cada usuário cadastrado no programa.

O acolhimento dos usuários que buscavam o serviço era realizado pela técnica de enfermagem. Durante as consultas foram realizadas as avaliações no correspondente ao exame clínico apropriado, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, a necessidade de atendimento odontológico e estratificação do risco cardiovascular em cada um deles; também foi garantido para eles orientações em relação à alimentação saudável, à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Importância da intervenção para a equipe

A intervenção foi de grande importância para a equipe mesmo, pois contribuiu a união dos integrantes, além de que serviu para que a equipe se entendesse a importância da necessidade de capacitação e aprimoramento pessoal e coletivo relativo ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das doenças crônicas como a Hipertensão e Diabetes. Foi um avance na integração da equipe sempre tendo como principal o usuários vinculado à equipe.

Importância da intervenção para o serviço

No passado recente todas as atividades assistências eram responsabilidade do médico com esta intervenção conseguiu-se que a equipe toda participasse nestas ações sempre respeitando as atribuições da equipe com isto conseguimos aumentar o atendimento á demanda espontânea bem como para as consultas previamente agendadas. É evidente a organização dos registros. A adoção do Protocolo e do Projeto de Intervenção foi importante para a organização dos serviços.

Importância da intervenção para a comunidade

A comunidade teve uma participação direta na intervenção. No início um pouco tímida, mas aos poucos conseguimos através das ações de engajamento público trazer mais e mais usuários para o Programa de Atenção ao Hipertensos e diabética da UBS. A comunidade nota a melhoria na qualidade do serviço e principalmente os hipertensos e diabéticos notam a melhoria na qualidade visando a integralidade nos seus atendimentos.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

O sistema estatístico no Brasil é bem fraco em minha opinião. Seguindo métodos utilizados, por exemplo, na Espanha e na Inglaterra, com sistemas estatísticos fortes, eu faria uma análise da situação de saúde de jeito integral resumindo as principais taxas de incidência e prevalência de todas as doenças que existem e afetam na comunidade, e não somente com um grupo de usuários ou problemas mais comuns típicos na APS e sim de modo geral, logo faria uma apresentação para as autoridades e população mesma tentando de forma educativa resolver algumas coisas que não dependem da administração pública nem de recursos financeiros.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/ que melhorias pretendem fazer na ação programática

A intervenção na atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos está incorporada à rotina da UBS e a equipe pretende fazer o fortalecimento das outras ações programáticas da Atenção Primária em Saúde voltadas à qualificação da atenção em saúde para os idosos, puericultura, para as grávidas e puerperas e nas ações de prevenção de câncer de colo de útero e mama.

Quais são os próximos passos para melhorar a atenção a saúde no serviço

Tendo em conta que no município a atenção pré-natal e pós-natal têm algumas deficiências especificamente relacionados com a pouca importância que a administração dá para estudos genéticos e a prevenção de malformações congênitas propomos ações de mudanças na visão de doenças como as hemoglobinopatias e deficiências de fechamento do tubo neural com a realização de exames na mesma gravidez como alfafetoproteína e eletroforese de hemoglobina, assim como um melhor acompanhamento das usuárias na etapa de puerpério.

Pretendemos então inicialmente trabalhar na qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Este relatório tem o objetivo de apresentar a VS a intervenção que fora realizada no PSF Rio Branco.

O Objetivo principal da Intervenção foi melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus dos adultos maiores de 20 anos de idade da população vinculada à equipe.

A intervenção estava prevista para ser realizada num período de 04 meses (16 semanas), porém devido a orientações da Coordenação do Curso a intervenção foi realizada em 12 semanas.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análises estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da UBS. Fizemos um levantamento de como estava o serviço em nosso , ou seja, como estavam organizados os atendimentos na ESF, como estavam distribuídas as ações e como estavam organizados os registros de todas as ações realizadas. Procuramos informações como, por exemplo: a quantidade de usuários que estavam vinculados a nossa unidade, levantamos os quantitativos relativos ao número de mulheres, número de homens, o número de crianças menores de 1 ano, gestantes, puérperas e idosos que estavam vinculados aos serviços da unidade e a totalidade de usuários de cada grupo específico descrito que estavam distribuídos na área de abrangência. Durante este levantamento inicial verificamos também como estavam ocorrendo os atendimentos à nossa população, onde encontramos que havia necessidade de melhorar a qualidade de atendimento aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, direcionando os trabalhos ao controle e sistematização

dos dados referentes a HAS e DM. Assim, iniciamos a nossa intervenção e nisto sempre procuramos deixar os gestores cientes do que estava acontecendo.

A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Federal de Pelotas – UFPEL em parceria com a Universidade Aberta do SUS em parceria com e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

A nossa equipe elaborou um projeto que tinha explícito o diagnóstico situacional, ou seja, como estava ocorrendo os atendimentos para nossa população, constando os objetivos e metas a serem alcançadas. Para cada objetivo e meta foram descritas ações com os respectivos detalhamentos. Para tanto, é perceptível que demandas seriam criadas e envolveriam o gestor. Salientamos e agradecemos a colaboração da gestão no apoio à logística para a realização da intervenção como realização das cópias das fichas espelho, as fichas individuais, os questionários e os folders que seriam utilizadas na intervenção.

A intervenção estava prevista para ser realizada num período de 04 meses (16 semanas), porém devido a orientações da Coordenação do Curso a intervenção foi realizada em 12 semanas e isto será um fator importante que justificará muitos resultados onde não atingimos as metas propostas.

Estimávamos alcançar com a intervenção, ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos o 100% na área de abrangência da nossa ESF, pois os percentuais para cobertura de cadastro e controle para os usuários com hipertensão e/ ou diabetes no início da intervenção eram muito baixos.

A população vinculada à UBS é de 3.500 pessoas e na fase da Análise Situacional, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), para a população da área de abrangência da equipe teríamos 2.484 pessoas com 20 anos ou mais na área da UBS e dentre eles teríamos 782 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 224 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. De acordo com os dados da UBS tínhamos conhecimento de 354 (45%) hipertensos e 185 (83%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, 277 (78,2%) usuários hipertensos e 154 (83,2%) diabéticos da área. Ressaltamos que todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram exame clínico em dia de acordo com o protocolo, os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da

Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com registro adequado na ficha de acompanhamento, com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Nas ações de promoção à saúde não nos descuidamos das orientações e atividades de educação em saúde para a comunidade. Todos os cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. A equipe conseguiu um maior vínculo entre os membros e com a comunidade. Melhoramos o processo de trabalho da equipe e ainda que não conseguimos alcançar a cobertura vemos que é evidente que as ações na atenção ao indivíduo com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da equipe está mais qualificado. A intervenção está incorporada à rotina da equipe.

Agradecemos à gestão pelo o apoio e ficamos à disposição para maiores esclarecimentos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

Este relatório é para falar para vocês sobre o trabalho que realizamos em nossa comunidade muito importante para saúde dos hipertensos e diabéticos.

Realizamos uma intervenção por um período de 12 semanas com o objetivo de melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus dos adultos maiores de 20 anos de idade da população vinculada à equipe, no PSF. 3. Rio Branco. Sobradinho/RS.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de riscos mais importantes e freqüentes para desenvolver as doenças cardiovasculares, uma das principais causas de adoecimento e de mortes na população mundial e brasileira.

Temos uma população de 3.500 pessoas na área de abrangência da UBS e segundo dados nacionais espera-se que na área tenhamos 782 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 224 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. De acordo com os dados da UBS tínhamos conhecimento de 354 (45%) hipertensos e 185 (83%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Então entende-se que precisamos da ajuda da comunidade para buscar todos as pessoas com hipertensão e diabetes para serem atendidas e acompanhadas pela nossa equipe.

A intervenção realizada ajudou na organização do processo de trabalho da equipe onde realizamos diversas capacitações e isto possibilitou identificar algumas

peças com diabetes e hipertensão que não eram acompanhadas na UBS e buscamos realizar o exame da pessoa e solicitar os exames necessários para acompanhamentos dos riscos. Muito trabalho foi desenvolvido e ainda falta por realizar.

Com este projeto a comunidade ganhou atendimento mais qualificado na consulta de prevenção destas doenças, conhecimento sobre sinais, sintomas e fatores de risco além da educação em saúde.

Algumas ações sofreram restrições durante o andamento da intervenção. Podemos elencar o atendimento aos idosos e crianças. Vocês podem ter percebido que para organizar ações de forma sistematizada há necessidade de preenchimento de documentos o que leva tempo e precisa ser feito com atenção. Logo, em alguns momentos precisamos priorizar as visitas domiciliares para os pacientes acamados que sofrem destas doenças e não podem ser deslocados até a nossa unidade.

Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, 277 (78,2%) usuários hipertensos e 154 (83,2%) diabéticos da área. Ressaltamos que todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram exame clínico em dia de acordo com o protocolo, os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com registro adequado na ficha de acompanhamento, com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Nas ações de promoção à saúde não nos descuidamos das orientações e atividades de educação em saúde para a comunidade. Todos os cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. A equipe conseguiu um maior vínculo entre os membros e com a comunidade. Melhoramos o processo de trabalho da equipe e ainda que não conseguimos alcançar a cobertura vemos que é evidente que as ações na atenção ao indivíduo com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da equipe está mais qualificado. A intervenção está incorporada à rotina da equipe.

Os resultados da intervenção foram bons, mas precisam ser melhorados, principalmente com a ajuda da comunidade para divulgar de boa a boca as ações

que a equipe de nossa UBS estão fazendo para melhora o atendimento do Hipertenso e Diabético e também de toas as pessoas da comunidade

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Na verdade desde o começo do curso eu tive muitas dúvidas sobre tudo isso. Sobre "Universidade pela internet". Nunca havia participado deste tipo de modalidade de ensino e sinto que foi uma experiência nova para mim. Minha experiência com os computadores é muito boa, mas, gente, UNIVERSIDADE PELA INTERNET? Isso era bem novinho para mim.

Também fiquei com dúvidas de como fazer o curso em outro idioma, mas com ajuda dos colegas de trabalho, com a compreensão e na expressão de idéias tem sido possível o desenvolvimento do curso, muito bem estruturado, com ferramentas disponíveis para consulta de dúvidas e foi possível interagir com outros colegas e professores para trocar idéias e esclarecer dúvidas.

O tema escolhido sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi compensador porque são doenças muito freqüentes no mundo inteiro, sendo um verdadeiro problema de saúde no Brasil e no mundo devido ao incremento de pessoas com estas doenças crônicas. Os casos interativos do curso todos muito interessantes que me deram a possibilidade de relembrar conhecimentos e aprender condutas estabelecidas pelo Ministério de Saúde do Brasil

O curso em minha opinião está bem legal, muito interessante e bem estruturado, só uma coisa foi bastante ruim para mim, eu acho que demais, "o acesso à internet" é bem ruim neste município e cara demais, mas ao final tudo deu certo...

Referências

BRASIL 2013 a. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial** (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

BRASIL 2013 b. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.

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.

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

