

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Braga, Santo Ângelo/RS

Gleidis Reynaldo Tamayo Montano

Pelotas, 2015

Gleidis Reynaldo Tamayo Montano

Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Braga, Santo Ângelo/RS

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

Orientador: Thiago Santos de Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M765m Montano, Gleidis Reynaldo Tamayo

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Braga, Santo Ângelo/RS / Gleidis Reynaldo Tamayo Montano; Thiago Santos de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

72 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. Souza, Thiago Santos de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família, em especial minha irmã por dedicar horas de apoio incondicional, para assim poder continuar trabalhando e contribuindo com melhores índices de saúde.

Agradecimentos

Aos meus pais que foram os principais responsáveis pela minha formação, me apoiando com amor e dedicação incondicional.

Aos meus irmãos que são meus guias por ter me ajudado nos momentos de estudo, com sua sabedoria, paciência e compreensão.

À Secretária de Saúde do município de Santo Ângelo pela ajuda na execução deste projeto de intervenção, a toda à equipe de saúde, sem os quais teria sido impossível executar o projeto de intervenção no contexto da prática.

Ao orientador Thiago, que embora nosso contato tenha sido totalmente virtual, logrou motivar-me com seu profissionalismo e dedicação me proporcionando seus conhecimentos e contribuindo com meu crescimento profissional. Muito obrigado.

Resumo

MONTANO, Gleidis Reynaldo Tamayo. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Braga, Santo Ângelo/RS.** 2015. 73f. – 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.

O presente trabalho de conclusão de curso é uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na UBS Braga, em Santo Ângelo, RS, Brasil. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças muito frequentes no Brasil e no mundo, sendo uns dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. A intervenção surge num momento em que a unidade básica não tem registros de monitoramento e nem toda a população-alvo tem fichas espelho, prontuários ou cadastramento na UBS, e o seguimento com a equipe de saúde não é o adequado, tendo a necessidade de aumentar a cobertura e principalmente a qualidade da atenção a este grupo da população. A intervenção se desenvolveu em 16 semanas, entre os meses de fevereiro a junho do ano 2015, e teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus*, segundo orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos atualizados sobre HAS e DM, e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Para o monitoramento da intervenção utilizou-se à ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Foi elaborado um cronograma com as atividades a serem realizadas em cada semana da intervenção participando no mesmo os integrantes da equipe, o gestor municipal e a liderança da comunidade. As ações contemplaram atendimentos clínicos, visitas domiciliares, educação em saúde à população, capacitação dos profissionais da equipe e articulação com a gestão municipal para atender as demandas da unidade. Após da intervenção, a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade foi 208 hipertensos (29,1%). Quanto à cobertura do programa de atenção ao diabético após da intervenção foi 23 diabéticos (11,3%). Foram feitas atividades de promoção à saúde relacionada com estas doenças crônicas, conseguindo ao final da intervenção a avaliação clínica e o seguimento adequado a 100% dos hipertensos e diabéticos da área. Os resultados mostraram o desconhecimento dos usuários sobre a doença de base antes da intervenção, o que dificultava o processo do autocuidado. Com o desenvolvimento da intervenção logrou-se uma melhora no nível de conhecimento dos usuários sobre suas doenças, estes adotaram estilos de vida saudáveis, o cumprimento dos tratamentos prescritos ficou mais regular e estável, obtendo assim uma melhora na qualidade de vida destes usuários e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças. Também, graças ao projeto a equipe ficou mais unida obtendo melhora na organização do serviço e nos agendamentos, assim como no acolhimento aos usuários.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	54
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	54
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo	55
Figura 4	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	56
Figura 5	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	57

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
DCNT-	Doença Crônica Não Transmissível
DM -	Diabetes Mellitus
EAD -	Educação à Distância
ESF -	Estratégia Saúde da Família
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
HAS -	Hipertensão Arterial
HIPERDIA -	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS -	Sistema Único de Saúde
SIAB -	Sistema de Informação de Atenção Básica
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.

Sumário

1	Análise Situacional	9
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2	Análise Estratégica	19
2.1	Justificativa.....	19
2.2	Objetivos e metas.....	21
2.2.1	Objetivo geral.....	21
2.2.2	Objetivos específicos e metas	22
2.3	Metodologia.....	24
2.3.1	Detalhamento das ações	24
2.3.3	Logística.....	42
3	Relatório da Intervenção.....	46
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	46
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	48
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4	Avaliação da intervenção.....	49
4.1	Resultados	49
4.2	Discussão.....	55
4.3	Relatório da intervenção para gestores.....	57
4.4	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	60
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	62
	Referências	64
	Anexos	65

Apresentação

O presente volume apresenta meu trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNASUS. O trabalho trata da realização de uma intervenção voltada a melhoria da atenção à saúde dos usuários Hipertensos e Diabéticos da UBS Braga, Santo Ângelo/RS.

Este volume está ordenado em cinco sessões organizadas de forma sequenciada e inter-relacionada. Inicialmente, temos a análise situacional desenvolvida na primeira unidade do curso, onde buscamos descrever de forma sistemática a situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e o processo de trabalho na mesma.

Posteriormente passamos para a análise estratégica, identificada por meio do projeto de intervenção que se desenvolveu no decorrer da segunda unidade cujo foco destinou-se a uma ação programática fruto da escolha da equipe.

Na terceira parte do trabalho está o relatório da intervenção, este que foi realizado ao longo das 16 semanas de intervenção desenvolvida durante a terceira unidade do curso. Nesta, a intervenção seguiu o projeto e as ações previstas buscando os objetivos proposto e obedecendo ao cronograma estabelecido.

Na quarta parte, encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, junto a análise dos gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, desenvolvidos na quarta unidade 4.

Na última parte deste volume, encontra-se a reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem durante o curso e a implementação da intervenção. Ao final do volume estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou Gleidis Reynaldo, trabalho na UBS Braga, localizada na Rua Arvoredo, no município Santo Ângelo/RS. Nossa UBS, tem uma estrutura limitada, ela tem uma pequena sala de espera que tem três longarinas, junto fica a recepção onde só existe uma cadeira e uma mesa de escritório, com um computador ainda sem funcionar e um pequeno arquivo fichário. Existem ainda uma sala de curativos, onde também se fazem nebulizações, ela tem estetoscópios, esfigmomanômetro, glicômetro, foco de luz, balança antropométrica, instrumentais cirúrgicos, cadeira de rodas, mesa auxiliar, mesa para exames, armário vitrine e suporte de soro. Temos outro cômodo que é utilizado como consultório médico, que tem três cadeiras, mesa tipo escritório, esfigmomanômetro, estetoscópio, foco de luz, armário vitrine, banqueta giratória, mesa auxiliar, escada de dois degraus, mesa para exames ginecológicos e cestos de lixo. Existe uma pequena sala de utilidades com armário, mesa, cadeira e uma geladeira. Temos somente um banheiro para usuários e trabalhadores.

A equipe básica de saúde está incompleta, temos enfermeira, técnica de enfermagem, três agentes comunitários e o médico, a enfermeira não trabalha todo o tempo e não temos atendimentos odontológicos.

Na minha unidade as consultas são agendadas, mas também fazemos consultas de atendimento espontâneo e visitas domiciliares. Atendemos usuários de cinco bairros dentro de nossa área de abrangência. As principais doenças dos usuários são as doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão arterial, a Diabetes mellitus, as doenças de tiroide e a hipercolesterolemia e um dos principais problemas encontrados é o uso excessivo de medicamentos controlados, mas já estamos trabalhando para diminuí-lo.

A UBS tem boa luminosidade e boa ventilação, mas, pode-se evidenciar que apesar de ter muito tempo de construída não possui boa estrutura para que nós possamos fazer um bom trabalho e para que a população tenha boas condições de ser acolhida nela.

A equipe tem vínculo com duas universidades, a Universidade Regional Integrada (URI) e o Instituto de Ensino Superior de Santo Ângelo (IESA), assim como com o Hospital Santo Ângelo, que, também, tem vínculos com instituições de ensino. Temos boa parceria com as diferentes instituições existentes no bairro, entre as quais está a igreja, uma creche, a escola, a associação de moradores e o clube de mães.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no Estado do Rio Grande do Sul no município de Santo Ângelo, este tem aproximadamente 76.275 habitantes (IBGE, 2010), conta com nove UBS na lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF), dez UBS tradicionais, não há equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas temos um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Dentre a disponibilidade de atenção especializada nosso município tem: Neurologista, Reumatologia, Oftalmologia, Pediatria, Ginecologista, Ortopedista, Psiquiatras e Psicólogos. Quanto à disponibilidade de serviço hospitalar existe o Hospital de Santo Ângelo e o hospital da UNIMED.

Em relação aos exames complementares, existem oito laboratórios vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com uma programação de 1500 exames por mês. Importante ressaltar a existência do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), e a inexistência de especialidades como Geriatria, Angiologia, Cirurgia vascular, Endocrinologista, Otorrino. Os usuários que precisam destes atendimentos são encaminhados à capital do estado, o que demora muito ao atendimento.

A UBS onde trabalho é urbana e fica na periferia da cidade. Tem vínculo com o SUS, com as instituições de ensino: Universidade Regional Integrada (URI) e Instituto de Ensino Superior de Santo Ângelo (IESA), o modelo de atenção é ESF, conta com uma equipe incompleta composta por um Médico Geral, uma Técnica de Enfermagem, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma Enfermeira, sendo que esta última profissional não atua por tempo integral.

De maneira geral minha UBS tem uma estrutura muito pequena, tem uma sala de espera que tem três cadeiras com três lugares, fica junto à recepção onde só tem uma cadeira, uma mesa de escritório com um computador ainda sem funcionar e um pequeno arquivo fichário. Existe uma sala de curativos, onde também se faz nebulizações, têm estetoscópios, esfigmomanômetro, glicômetro, foco de luz, balança antropométrica, instrumentais cirúrgicos, cadeira de rodas, mesa auxiliar, mesa para exames, armário vitrine, suporte de soro. Um consultório médico, que tem três cadeiras, mesa tipo escritório, esfigmomanômetro, estetoscópio, foco de luz, armário vitrine, banqueta giratória, mesa auxiliar, escada de dois degraus, mesa para exames ginecológicos, e cestas de lixo. Existe uma pequena sala de utilidades com armário, mesa, cadeira e uma geladeira, e temos apenas um banheiro para usuários e trabalhadores.

Sobre a possibilidade de soluções e alternativas, considerando que a principal deficiência em nossa UBS é a estrutura física, é preciso que haja transformações gerais para que a estrutura seja maior e com melhor acesso. Para que isso aconteça, depende de verbas governamentais e participação ativa da comunidade juntamente com os conselhos de saúde, elaborando relatórios para as autoridades governamentais estaduais, municipais e à secretaria de saúde para que tenham conhecimento da necessidade dessa ampliação. Ademais, nas reuniões mensais que fazemos com a secretaria de saúde falamos sobre as deficiências que nossa UBS apresenta, e em reunião extraordinária com participação de toda a equipe, representantes da comunidade, membros do conselho de saúde municipal e demais representantes da prefeitura e Secretaria de Saúde abordamos os problemas e deficiências. Para alcançar tais propósitos nos apoiamos nos questionários da estrutura da UBS, pois os resultados desencadearam acordos que serão discutidos e pensados em longo prazo, e a prefeitura levará a câmara de vereadores um projeto da ampliação da UBS.

Sobre as atribuições dos profissionais, entre os aspectos positivos, os membros da equipe participam do processo de territorialização e mapeamento da área, identificando grupos, agravos, famílias, indivíduos expostos a riscos, realizando o cuidado em saúde no domicílio. Atua-se também na busca ativa de usuários faltosos, encaminhando a outros níveis, respeitando fluxos de referência e contra referência, utilizando sempre os protocolos para atendimentos nas especialidades, acompanhando o plano terapêutico proposto na internação

domiciliar, promovendo a participação da comunidade no controle social, o que permite uma melhor avaliação do trabalho na UBS.

Além disso, os profissionais (Médico Clínico Geral, Técnica de Enfermagem e ACS) participam nas atividades de qualificação profissional da atenção em saúde, gestão em saúde, atualização técnica e o fortalecimento do controle social. Realizamos reunião semanal abordando temas como a construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações. Com a realização desta reunião se tem alcançado um trabalho mais organizado, planejado e os usuários evidenciam mudanças para o bom atendimento como o cumprimento do horário, estabelecimento de prioridades e um trabalho em equipe com harmonia.

Ainda, em relação às atribuições, a equipe não realiza cirurgias, nem atendimentos de urgências/emergências, não se faz acompanhamento em situações de internação hospitalar e não se realiza a Notificação Compulsória (NC) de doenças e agravos, por não termos informações necessárias sobre como se dá essas notificações.

Também iniciamos em nossa UBS grupos com Diabéticos, Hipertensos e Idosos. Essas condutas foram um grande avanço da equipe, pois foram iniciativas discutidas nas reuniões, mas ainda existem dificuldades como completar a equipe e fortalecer a participação da comunidade nas ações de saúde.

Para superar as limitações sinalizadas participa de nossas reuniões de equipe, um membro da Secretaria de Saúde para que tenha conhecimento por escrito das necessidades, para que se complete a equipe, por que consideramos que é um dos principais fatores a ser alcançado. Estamos também elaborando estratégias para incrementar a atenção domiciliar, já que ela é um dispositivo potente na produção de cuidados efetivos em espaços não convencionais (o domicílio), possibilitando dessa forma, um olhar diferenciado sobre as necessidades dos sujeitos.

Outra possibilidade para superação das limitações e que se pode considerar como um mecanismo de qualificação profissional é o uso de ferramentas de gestão da clínica (gestão de casos, telemedicina e telessaúde), entre outros. Os protocolos assistenciais são fundamentais para que as condutas sejam uniformizadas.

A população da área adstrita ainda não está bem atualizada e o mapeamento não está recente, portanto, não considero os dados confiáveis. Em

relação à parte demográfica do Caderno de Ações Programáticas (CAP) a população total da área de abrangência é de 1.435 mulheres e 1.765 homens, num total de 3.200 usuários. Apresentamos a seguir alguns dos principais dados que caracterizam essa população: mulheres em idade fértil 573 (65%), gestantes 4 (13%), menores de 1 ano 6 (16%), com 60 anos ou mais 317 (73%), pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão 472 (66%) e com Diabetes 186 (91%).

A atenção à demanda espontânea acontece de forma ampla, apesar de não existir espaço suficiente em nossa UBS, mas o acolhimento do usuário se realiza na recepção e geralmente é realizado pela técnica de enfermagem e pelo médico. A modelagem é pela equipe de referência do usuário e o executamos todos os dias, em todos os turnos de atendimento, num tempo em torno de cinco até quinze minutos.

Em relação a cobertura da saúde da criança, foram identificadas 6 crianças que realizam acompanhamento na unidade, correspondendo a 18% de cobertura, de um total de 38 crianças estimadas pelo caderno de ações programáticas. Dentre as ações de Atenção à Saúde da Criança (ASC) destacamos: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, prevenção de anemias, violência, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e mental. O protocolo utilizado pela equipe é do Ministério da Saúde (MS)2012. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e no formulário especial da puericultura, e também em arquivos específicos, os quais são revisados semanalmente com a finalidade de verificar crianças faltosas, se os registros estão completos, identificar procedimentos em atrasos e crianças de risco.

Nos atendimentos os profissionais solicitam a Caderneta da Criança (CC), sempre se preenche com as informações atuais da criança, também sempre conversamos com o responsável sobre dicas de alimentação saudável disponível na CC, o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento e se chama atenção para a data da próxima vacina.

Dentre as dificuldades na ASC está a falta de recursos humanos, ou seja, a equipe incompleta. Outra dificuldade é falta da contra referência e orientação às mães após alta hospitalar. Considero que para melhorar o processo de trabalho e ampliar a cobertura da ASC, se deve completar a equipe incrementando o número de ACS, para que se tenha uma cobertura de 100% da área, deve existir também

melhor parceria com o Hospital, para que a mãe conheça a importância da primeira consulta e procurar deixara consulta na secretaria municipal para casos de riscos, e é muito importante aumentar o número de visitas domiciliares por parte da equipe de saúde.

Com relação à cobertura do pré-natal, analisando o Caderno de Ações Programáticas temos 32 gestantes estimadas na área de abrangência, destas estamos atendendo 4 (13% da cobertura). Faz pouco tempo que aconteceram mudanças em nossa UBS, ou seja, não prestamos esse atendimento, pois por orientação da direção da Secretaria de Saúde Municipal, todas as gestantes da área adstrita têm o atendimento pré-natal com o ginecologista na secretaria. Lá não têm excesso de demanda e os especialistas atendem as gestantes de risco ou não. Além disso, nossa equipe tem como prioridade um maior trabalho em relação à pesquisa de gestantes e para isso buscamos estratégias para conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil.

No que concerne a prevenção do câncer de colo de útero (CCU) e controle do câncer de mama (CM), nós temos um nível de cobertura razoável em nossa comunidade. A UBS tem 65% de cobertura de câncer de colo de útero, o equivalente a 573 mulheres de um total de 881 estimadas pelo caderno de ações programáticas, e 74% de cobertura de câncer de mama, o equivalente a 243 mulheres de um total de 330 estimadas.

O rastreamento é oportunístico e também organizado, todos os profissionais da UBS utilizam o protocolo de prevenção do CCU e CM do MS. Todas têm o seguimento de acordo com o protocolo, os atendimentos são registrados no livro de registro, prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico. Para o registro dos resultados existe um arquivo específico, esse costuma ser revisado mensalmente com a finalidade de verificar mulheres com exame de rotina em atraso, com exame alterado, se os registros estão completos e avaliar a qualidade do programa.

Dentre os aspectos positivos ressaltamos que existe um grupo de mulheres e as atividades são realizadas no âmbito da UBS, onde participa toda a equipe de saúde. Entre as dificuldades estão a de garantir um trabalho aproximado aos protocolos, precisamos que a equipe seja completa, aumente o número de ACS para pode termos maior cobertura em toda a área, com o objetivo de rastrear todas as mulheres de 25 a 64 anos. Também não existe na UBS profissionais que se

dedicam ao planejamento, gestão, coordenação das ações de controle dos programas do CCU e de CM.

A equipe trabalha para aumentar os números de mulheres e ampliar o acesso às informações sobre essas doenças fazendo palestras, campanhas de informação, cartazes, cartilhas, e propagandas na rádio. As dificuldades em relação ao controle de CM são idênticas as apresentadas em relação ao CCU. Além disso, as ações vão desde o cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento em cuidados paliativos. É muito importante que a equipe conheça sua população, pois assim se pode identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária e aquelas que têm risco aumentado. As ações de prevenção de saúde são uma estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das usuárias aos exames, mas também para reforçar sinais e sintomas de alerta que devem ser observados. Além de abordagens para grupos específicos é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço de saúde.

Em minha UBS temos uma população onde predominam os usuários idosos, parcela da população onde prevalecem doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). As ações de atenção aos usuários com HAS e DM estão estruturadas pelos protocolos de atendimento para as duas doenças, do ano 2013, do MS, utilizado pelo médico e pela técnica de enfermagem.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e são revisados com uma frequência mensal, com a finalidade de verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar se os registros estão completos, identificar procedimentos em atrasos, os adultos com HAS e DM de maior risco, e avaliar a qualidade do programa. Na nossa UBS existem 472 pessoas, ou seja, 66% de adultos maiores de 20 anos com HAS de um total estimado de 715 usuários, já em relação aos diabéticos temos 186 indivíduos (91%) em acompanhamento de um total estimado de 204 residentes na área.

Em termos dos indicadores de qualidade temos os seguintes percentuais: adultos com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 472 (100%); atraso da consulta agendada em mais de sete dias, foram 105 usuários, ou seja, 22%; com exames complementares periódicos em dia 367 (78%); orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável

472 pessoas (100%) e avaliação de saúde bucal em dia 278 (59%). Todos esses dados foram extraídos dos prontuários clínicos.

Com relação ao atendimento dos adultos com DM temos um total de 186 usuários, com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (100%); atraso da consulta agendada em mais de sete dias 73 usuários (39%), com exames complementares periódicos em dia são 113 (61%); com exame físico dos pés nos últimos três meses e com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso 107 usuários (58 %), com orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável 100%, e avaliação de saúde bucal em dia 78 (42%), assim como para os usuários com HAS a fonte utilizada também foram os prontuários clínicos.

Note-se que em nossa unidade existe dificuldade para o controle da saúde bucal de usuários com HAS e DM, pois não existe atendimento odontológico na UBS, e a outra dificuldade que afeta o trabalho com este grupo de usuários é que o mapeamento não está bem atualizado, além da equipe não estar completa fato que dificulta a pesquisa de mais usuários.

Dentre os aspectos positivos na UBS destacamos que é realizado todos os dias e em todos os turnos, o atendimento de adultos com HAS e/ou DM, o médico geral e a técnica de enfermagem são os que participam nesse atendimento, o usuário com estas doenças ao sair da UBS tem programada a próxima consulta. Além das consultas programadas existe a demanda de adultos para o atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e/ou DM, mas só da área de cobertura, e não existe excesso de demanda.

Como deficiência posso mencionar que na unidade não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação nem à avaliação e monitoramento das ações dispensadas a esses usuários, além de não existir o Programa HIPERDIA.

Nossa equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos com HAS e DM e contamos com dois grupos para cada patologia, com um percentual de 100% de participação, as atividades são realizadas no âmbito da UBS ou em outros espaços comunitários. Sobre as questões reflexivas de HAS e DM em nossa UBS são realizadas as estratégias de prevenção não farmacológica de controle como ações de hábitos alimentares saudáveis, controle do peso, estímulo à prática regular da atividade física, além de ações que orientem sobre os malefícios do consumo

excessivo de álcool e do tabagismo, para isso nos apoiamos em palestras e outras atividades realizadas nos grupos.

Em relação à Atenção à Saúde do Idoso (ASI), temos 317 usuários (73%) em acompanhamento de um total estimado de 436 pelo CAP. No serviço existe protocolo de atendimento para idosos do MS 2013, e os profissionais que utilizam o protocolo são o médico clínico geral e a técnica de enfermagem. As ações desenvolvidas na UBS são: promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, e mental. Também no diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral inclui-se a saúde mental, o alcoolismo, a obesidade, o sedentarismo, e o tabagismo. Utilizam-se protocolos para encaminhamento às especialidades, para internação hospitalar e para pronto atendimento e pronto socorro.

Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, com um arquivo, e se faz revisão trimestral, com a finalidade de verificar idosos faltosos ao retorno programado, conferir se os registros estão completos, identificar procedimentos em atraso, idosos de risco, e avaliar a qualidade do atendimento, sempre se realiza a avaliação da Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico, e sempre se explica ao idoso e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionado aos problemas de saúde de maior prevalência como HAS, DM, e Depressão.

Dentre as dificuldades relativas à cobertura da ASI, temos a falta de recursos humanos, pois não tem quantidade suficiente de ACS para cobrir toda área de cobertura e o mapeamento ainda não está atualizado. Na UBS não existe novas Cadernetas do Idoso (CI) para completar 100% dos usuários idosos e não existe atendimento para a saúde bucal.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a essa população, se deve completar a equipe de saúde e atualizar o mapeamento da área de cobertura, isso ajudará a expandir a pesquisa dos usuários idosos. Também é fundamental, solicitar à secretaria de saúde do município reforço na atenção a saúde bucal, de forma que os idosos de nossa área tenham prioridade de atendimento em dias da semana, para melhorar a saúde bucal, que apresenta índice muito baixo de adesão entre indivíduos de 60 ou mais. Deve-se ainda aumentar o número de visitas domiciliares considerando que este tipo de atendimento é baixo.

Nossa UBS não tem serviço de saúde bucal (SB) e mesmo não disponibilizando esse atendimento, a equipe de saúde participa na educação, promoção de saúde e prevenção de doenças odontológicas. As atividades educativas objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado, incluindo fatores de risco e de proteção à SB, estimulando o beneficiário a mudar seus hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia e no autocuidado. Logo, as ações englobam a abordagem dos fatores de risco ou de proteção comuns para doenças da cavidade bucal (doenças cárie, periodontal e má oclusão), e para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), discutindo os efeitos do tabagismo, sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas e de práticas alimentares inadequados. Os usuários que precisam de atendimento odontológico são encaminhados a outras unidades com serviços odontológicos.

Embora a equipe ainda esteja apresentando muitas dificuldades no trabalho do dia a dia, temos como desafio melhorar a cobertura dos usuários cadastrados na unidade e oferecer para os mesmos um atendimento de qualidade, para isso contamos com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, o apoio da liderança comunitária e a dedicação ao trabalho dos membros da equipe, que apesar de estar incompleta consegue fazer esforços para melhorar a qualidade de vida de nossos usuários.

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

Fazendo uma comparação entre a situação da ESF no início do curso e agora se evidenciam mudanças muito fortes, ainda que se mantenha a estrutura física precária e a equipe incompleta. Temos alcançado união entre os membros da equipe, incrementamos os grupos de usuários com HAS e DM e formamos grupos de idosos, de mulheres, gestantes. Ainda aumentamos o número de visitas domiciliares e conseguimos parcerias com outras instituições dentro da área como Escolas. Todas estas atividades não eram realizadas na UBS quando fizemos o texto inicial, mas com o trabalho em conjunto de todos os integrantes da equipe temos logrado ampliar nosso trabalho e com isso temos melhorado o atendimento à população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Um em cada três adultos em todo o mundo sofre de hipertensão, revela um relatório anual da Organização Mundial da Saúde (OMS). Já um em cada dez sofre de diabetes, informa o documento. "Este relatório oferece mais uma evidência do dramático aumento das condições que desencadeiam doenças de coração e outras doenças crônicas, particularmente nos países pobres e em desenvolvimento", disse a diretora geral da OMS (OMS, 2009).

É preocupante o fato de que, em alguns países africanos, metade da população adulta sofre de hipertensão. Justamente por isso a OMS quer chamar a atenção para "o crescente impacto das doenças não contagiosas". Pela primeira vez o estudo estatístico inclui informação de 194 países sobre os altos níveis, em homens e mulheres, de pressão sanguínea e da taxa de glicose no sangue. O relatório informa que os diagnósticos e os tratamentos baratos destas doenças reduziram o problema nos países desenvolvidos (OMS, 2009).

Em nosso meio, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Constituem, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o AVE, tem como origem a hipertensão não controlada. (Protocolo de HAS do Ministério da Saúde, 2013).

O DM vem aumentando sua importância pela crescente prevalência. Calcula-se cerca de 11 milhões de diabéticos no país, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos no ano 2000. No Brasil, os dados do estudo multicêntrico de diabetes (1987) demonstraram uma prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos. Estudo recente realizado em

Ribeirão Preto/SP demonstrou uma prevalência de 12% de diabetes nessa População. Outro importante dado revelado por esse estudo multicêntrico foi o alto grau de desconhecimento da doença, onde 46,5% dos diagnosticados desconheciam o fato de serem portadores de diabetes (Protocolo de DM do Ministério da Saúde, 2013).

Nossa equipe de saúde irá executar o projeto sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) convencido de que a intervenção melhorará a situação da atenção à saúde no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS), já que se trata de problemas de saúde enfrentados pela equipe, tendo dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários, e a importância de estabelecer um processo de educação permanente que possibilite a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS e DM será reduzir a morbimortalidade destas doenças.

A UBS conta com uma equipe, a qual está incompleta, ela é integrada por um Médico Geral, uma Técnica de Enfermagem, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e uma Enfermeira, sendo que, esta última profissional não atua por tempo integral. Em relação à parte demográfica a população total da área de abrangência é de 1.435 mulheres e 1.765 homens, num total de 3.200 usuários.

Em minha UBS temos uma população onde predominam os pacientes idosos, público este onde prevalecem doenças como a HAS e o DM, em nossa UBS, existem 472 (66%) adultos maiores de 20 anos com (HAS), e pretendemos alcançar 95% dos adultos, quanto a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico tivemos 472 (100%) sujeitos, atraso da consulta agendada em mais de sete dias foram 105 (22%) usuários, com exames complementares periódicos em dia 367 (78%), orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável 472 (100%).

Com relação ao atendimento dos adultos com DM temos 186 (91%) pacientes, e a cobertura que pretendemos atingir com a intervenção é 100%, com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico temos 186 (100%), atraso da consulta agendada em mais de sete dias 73 (73%), com exames complementares periódicos em dia são 113 (61%), com exame físico dos pés nos últimos três meses e com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso 107 (58%), com orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para

alimentação saudável 186 (100%). Em nossa unidade existe dificuldade para o controle da saúde bucal de pacientes com HAS e DM, já que não temos serviço de atendimento odontológico.

Sobre a adesão da população alvo as ações realizadas são feitas por todos os membros da equipe, os agentes comunitários incrementaram as visitas domiciliar, são feitas pesquisas no bairro e nas consultas a toda população de risco, toma da pressão arterial a todo usuário maior de 20 anos, e medição do HGT a toda população de risco e esta se incrementando o trabalho com os grupos. Entre o sistema de informação adotado temos o uso de painéis e conversas.

Na UBS, a pesar dos hipertensos e diabéticos já cadastrados terem um bom seguimento, o índice de cobertura é baixo e existe atraso nas consultas. Com a realização desta intervenção temos como objetivo ampliar a cobertura dos hipertensos para 95% e 100% para os diabéticos. Para a realização de nossa intervenção ainda temos dificuldades, o mapeamento da área de abrangência ainda não foi terminado, a equipe está incompleta, não temos enfermeira a tempo completo na UBS, o número de agentes comunitários é insuficiente, as visitas domiciliares não são com a periodicidade requerida devido a alta demanda de pacientes nas consultas.

Apesar destas dificuldades, que nos ajudarão para a realização do projeto, contamos com o apoio do gestor, da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, onde apesar da incompletude da equipe existe uma boa relação entre todos os integrantes da mesma, o que permite fazer um bom trabalho em conjunto e assim melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Braga, Santo Ângelo/Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivos específicos:

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

1.1. Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Braga, no Município de Santo Ângelo/ RS. Destaca-se que o projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 e 1.2.: Cadastrar 95% dos hipertensos e 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No eixo monitoramento e avaliação a ação será:

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

- ❖ Revisar uma vez ao mês os registros de diabéticos e hipertensos da UBS, assim como atualizar a cobertura dos usuários com estas patologias, sua incidência e prevalência (técnica de enfermagem e médico).

No eixo de Organização e Gestão do Serviço as ações serão:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- ❖ Como já temos os registros, vamos manter os registros dos usuários diabéticos e hipertensos e atualizarmos mensalmente, quando o usuário comparecer á consulta vai ser pesquisado no registro e atualizando suas condutas e tratamentos (Médico).
 - Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.
- ❖ Fazer recebimento e palestras educativas ao início das consultas(médico).
- ❖ Marcar dias específicos para atendimentos agendados dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- ❖ Fazer um livro de queixas e opiniões sobre o acolhimento (técnica de enfermagem)
- ❖ A técnica de enfermagem irá realizar a tomada dos sinais vitais no início do acolhimento (temperatura, FC, FR, peso e altura).

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

- ❖ Fazer mensalmente o pedido de materiais à secretaria de saúde, aonde vai incluído os materiais do hemoglicoteste(lancetas), assim como algodão e álcool (Técnica de enfermagem).

No eixo de engajamento público as ações serão:

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

- ❖ Informar nas visitas domiciliares a todos os integrantes da moradia, além de informar nas consultas a todos os pacientes maiores de 18 anos de idade da importância de medir a pressão arterial, assim como para aqueles com DM (técnica de enfermagem e médico).

- ❖ Fazer palestras sobre a importância de medir a pressão arterial depois dos 18 anos de idade. (Médico)

- ❖ Fazer painéis na UBS com informações das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente HAS e DM. (Técnica de enfermagem, médico e ACS).

- Orientar à comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg (técnica de enfermagem, médico e ACS).

- ❖ Orientar à comunidade sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes (técnica de enfermagem, médico e ACS).

- ❖ Informar sobre fatores de riscos para o desenvolvimento de HAS e DM nas visitas domiciliares (técnica de enfermagem, médico e ACS).

No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:

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

- ❖ Oferecer capacitação em cada reunião da equipe às agentes de saúde e a técnica de enfermagem sobre como cadastrar os usuários diabéticos e hipertensos e sobre o preenchimento dos dados (médico).

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- ❖ Oferecer capacitação em cada reunião da equipe às agentes de saúde e a técnica de enfermagem (médico).

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Metas 2.1. e 2.2.: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos

No eixo de monitoramento e avaliação a ação será:

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

- ❖ Revisar os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos para verificar a qualidade do exame clínico (médico).

No eixo de organização e gestão do serviço as ações serão:

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- ❖ Debater e pactuar com os profissionais da equipe de saúde os protocolos de atendimento adotados na unidade de saúde (médico).

No eixo de engajamento público a ação será:

- 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.

- ❖ Fazer palestras com os usuários e a comunidade sobre riscos e complicações de doenças recorrentes da DM e HAS (Médico).

- ❖ Fazer painéis para colocar na UBS e na comunidade de HAS e DM. (Técnica de enfermagem e ACS).

OBS: No eixo de qualificação da prática clínica não teremos ações, já que não tenho a equipe completa (só ACS e técnica de enfermagem), as quais não possuem dentro suas atribuições a realização de exame físico.

Metas 2.3 e 2.4.: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação será:

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

- ❖ Revisar os prontuários e os registros dos usuários hipertensos e diabéticos uma vez ao mês para verificação da solicitação dos exames complementares (tec. enfermagem e médico).
- ❖ Indicar exames complementares nas consultas para todos os usuários hipertensos e diabéticos (médico).

No eixo de organização e gestão do serviço as ações serão:

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- ❖ Indicar os exames complementares em consultas e visitas domiciliares a todos os usuários diabéticos e hipertensos (médico).
- ❖ A técnica de enfermagem foi responsabilizada para carimbar os exames dos usuários diabéticos e hipertensos.
 - Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- ❖ Demandar para a secretaria de saúde e a enfermeira coordenadora a possibilidade de priorizar os usuários hipertensos e diabéticos da UBS(médico).

No eixo de engajamento público a ação será:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização e a periodicidade dos exames complementares.
- ❖ Nos grupos orientar a periodicidade da realização dos exames complementares explicando a sua importância (médico).
- ❖ Colocar painéis na UBS sobre a periodicidade de realizar os exames complementares (técnica de enfermagem).

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- ❖ Fazer uma reunião com a equipe para debater os protocolos de atendimento(médico).

Meta 2.5 e 2.6.: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação será:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- ❖ Fazer um registro dos medicamentos dos usuários diabéticos e hipertensos dispensados na UBS, com a data de entrega e quantidade dispensada (técnica de enfermagem).

No eixo de organização e gestão do serviço as ações serão:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- ❖ Revisar os medicamentos mensalmente, sua data de vencimento e validade as necessidade por mês (técnica de enfermagem).
 - Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- ❖ Fazer pedidos de medicamentos a secretaria de saúde mensalmente (técnica de enfermagem).

No eixo de engajamento público a ação será:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- ❖ Fazer painéis na UBS sobre os medicamentos oferecidos pelo SUS e os lugares onde podem ter acesso (tec. de enfermagem).
- ❖ Orientar os lugares de acesso e medicamentos que se dispensam pelo SUS nas palestras a hipertensos e diabéticos (tec. de enfermagem).

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- ❖ Orientar nas reuniões da equipe os lugares onde são oferecidos os medicamentos da HAS e DM pelo SUS (técnica de enfermagem).

Metas 2.7 e 2.8.: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação será:

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- ❖ Fazer um levantamento mediante o exame bucal simples de 100% dos usuários diabéticos e hipertensos da necessidade de atendimento odontológico (médico e tec. de enfermagem).

No eixo de organização e gestão do serviço as ações serão:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

- ❖ Fazer um exame bucal simples de 100% dos hipertensos e diabéticos em consultas e visitas domiciliares (médico e tec. de enfermagem).
- ❖ Agendar em outra unidade de saúde os usuários hipertensos e diabéticos de nossa UBS (técnica de enfermagem)
- ❖ Solicitar a secretaria de saúde da unidade móvel pelo menos uma vez ao mês para prestar atendimento na UBS (médico).

No eixo de engajamento público a ação será:

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

- ❖ Fazer painéis para colocar na UBS sobre saúde bucal (Técnica de enfermagem).

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

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

- ❖ Demandar a secretaria de saúde um profissional para oferecer à equipe de saúde orientações para avaliação de saúde bucal (médico).

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

Metas 3.1 e 3.2.: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No eixo de organização e gestão do serviço a ação será:

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

- ❖ Revisar os registros dos usuários hipertensos e diabéticos mensalmente para buscar os pacientes faltosos as consultas.
- ❖ Revisar semanalmente o livro de agendamentos.
- ❖ Revisar os prontuários dos usuários diabéticos e hipertensos mensalmente em busca de usuários faltosos as consultas.

No eixo Monitoramento e avaliação as ações serão:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- ❖ Fazer visitas domiciliares duas vezes por semana (duas tardes) em conjunto com a técnica de enfermagem e as ACS para buscar os faltosos a usuários consultas e agendar novas consultas para eles.
- ❖ Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- ❖ A técnica de enfermagem em conjunto com as ACS irá fazer o agendamento para usuários faltosos, o qual não é um problema, já que não temos muita demanda de pacientes.

No eixo de engajamento público as ações serão:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- ❖ Fazer palestras educativas na comunidade sobre importância das consultas e seguimentos para um controle adequado das doenças (médico).
- ❖ Fazer painéis na UBS e na comunidade sobre importância do seguimento das doenças crônicas (técnica de enfermagem, ACS e médico).
- ❖ Informar pessoalmente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre importância de seu seguimento contínuo (médico).
 - Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- ❖ Fazer painéis na UBS e na comunidade sobre periodicidade das consultas aos usuários hipertensos e diabéticos (técnica de enfermagem, ACS e médico).
- ❖ Informar pessoalmente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre a data e periodicidade dos seguimentos (médico).
- ❖ Escrever nas fichas de atendimento e nos registros a data das próximas consultas dos usuários hipertensos e diabéticos (técnica de enfermagem e médico)

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- ❖ Debater nas reuniões de equipe os protocolos de seguimentos dos usuários hipertensos e diabéticos (médico).
- ❖ Pautar com a equipe de saúde, e especialmente com as ACS todos seus usuários portadores de hipertensão e diabetes, com seus riscos e patologias

associadas, individualizando cada usuário para seu seguimento (médico, ASC e técnica de enfermagem).

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1 e 4.2.: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo de Monitoramento e avaliação a ação será:

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

- ❖ Revisar periodicamente, pelo menos duas vezes por mês, os registros de hipertensos e diabéticos e atualizarmos cada agente de saúde com a área que corresponde (técnica de enfermagem e ACS).

No eixo organização e gestão do serviço as ações serão:

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- ❖ Já está definida a técnica de enfermagem como responsável pelo monitoramento dos registros a qual vai informar a situação dos mesmos em cada reunião da equipe, assim como as irregularidades.
 - 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.

- ❖ Vamos fazer uma planificação das consultas dos usuários diabéticos e hipertensos por mês, distribuídos no ano inteiro.
- ❖ Adicionar a os registros dos usuários diabéticos e hipertensos as datas das próximas consultas e a data de realização dos exames complementares.

No eixo de engajamento público a ação será:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- ❖ Fazer uma palestra na comunidade acerca dos direitos e deveres dos usuários do SUS (médico).

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

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

- ❖ Vamos capacitar as agentes de saúde no preenchimento dos registros de hipertensos e diabéticos no prontuário médico (dados gerais), ficha de atendimento, livros de registros, nas reuniões da equipe (técnica de enfermagem e médico).

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

Metas 5.1 e 5.2.: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação será:

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

- ❖ Revisar os prontuários dos pacientes diabéticos e hipertensos mensalmente para observar se há estratificação de risco para doença cardiovascular(médico).
- ❖ Fazer avaliação de risco para doença cardiovascular para todos os usuários hipertensos e diabéticos em cada consulta de seguimento (médico).

No eixo de organização e gestão do serviço as ações serão:

- Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

- ❖ Fazer agendamento para todos os usuários avaliados de alto risco com consultas periódicas (técnica de enfermagem).

No eixo de engajamento público as ações serão:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular (médico).

- ❖ Falar com os usuários e seus familiares sobre os riscos que eles têm e seu seguimento, sobre a importância de um seguimento adequado e contínuo (médico)
- ❖ Fazer painéis na UBS sobre riscos e prevenção complicações da HAS e DM (técnica de enfermagem, ACS e médico).

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) (médico).

- ❖ Fazer palestras educativas sobre alimentação saudável, tabagismo, alcoolismo, stress, obesidade e sedentarismo (médico).
- ❖ Fazer painéis na UBS e na comunidade sobre como modificar fatores de riscos e estilos de vida saudáveis (técnica de enfermagem e médico).

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

- Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- ❖ Palestrar para equipe de saúde quanto aos fatores de riscos modificáveis para DM e HAS, como modifica-los e estilos de vida saudáveis (médico).
- ❖ Debater nas reuniões da equipe os protocolos de seguimentos da DM e HAS (médico).

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1 e 6.2.: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação será:

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

- ❖ Revisar os prontuários dos usuários diabéticos e hipertensos mensalmente para verificação se tem orientação nutricional (médico).

No eixo de organização e gestão dos serviços as ações serão:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- ❖ Fazer grupos e dar palestrar sobre alimentação saudável (médico e técnica de enfermagem).
- ❖ Explicar aos usuários os alimentos que fazem bem a saúde (médico).
- ❖ Oferecer exemplos de planos dietéticos e boa alimentação (médico e nutricionista).
 - Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- ❖ Demandar a secretária de saúde a presença da nutricionista da secretaria nas atividades dos grupos e palestras realizadas (médico e técnica de enfermagem).

No eixo de engajamento público a ação será:

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável (médico).

- ❖ Fazer palestras com hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a correta alimentação (médico).
- ❖ Orientar correta alimentação nas consultas (médico).

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

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

- ❖ Oferecer uma capacitação à equipe de saúde sobre correta alimentação (médico).

Metas 6.3 e 6.4.: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação será:

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

- ❖ Revisar os prontuários dos usuários diabéticos e hipertensos mensalmente para verificação de orientação para atividade física regular (médico e técnica de enfermagem).

No eixo de organização e gestão do serviço a ação será:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- ❖ Organizar caminhadas pela vida e a saúde todos os meses na comunidade. (Médico, técnica de enfermagem e ACS)
- ❖ Nas atividades de grupos fazer palestrar sobre as atividades físicas recomendadas para usuários diabéticos e hipertensos (médico, tec. de enfermagem e ACS).

No eixo de engajamento público a ação será:

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

- ❖ Fazer palestras educativas sobre importância da prática de atividade física regular (médico).
- ❖ Orientar a realização de atividade física em cada consulta (médico).

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- ❖ Oferecer para a equipe nas reuniões orientação sobre benefícios de atividade física regular (médico).

Metas 6.5 e 6.6.: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação será:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- ❖ Revisar os prontuários mensalmente para verificação de orientação sobre riscos de tabagismo aos usuários diabéticos e hipertensos (médico).
- ❖ Orientar aos usuários os riscos do tabagismo em cada consulta (médico).

No eixo de organização e gestão do serviço a ação será:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"
- ❖ Solicitar a secretária de saúde a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo (médico).

No eixo de engajamento público a ação será:

- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- ❖ Orientar em consultas e palestras aos pacientes tabagistas a existência dos medicamentos para o abandono do mesmo (médico).

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- ❖ Orientar na reunião da equipe as agentes de saúde e técnica de enfermagem sobre tratamento farmacológico do tabagismo (médico).

Metas 6.7 e 6.8.: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação será:

• Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

- ❖ Revisar prontuários para verificar a orientação sobre higiene bucal(médico).

OBS: No eixo de organização e gestão do serviço não é possível organizar tempo médio de consultas, pois não dispomos da equipe de saúde bucal.

No eixo de engajamento público a ação será:

• Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

- ❖ Dialogar no grupo de hipertensos e diabéticos, e nas palestras na unidade para os familiares sobre higiene bucal (médico e técnica de enfermagem).

No eixo de qualificação da prática clínica a ação será:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.
- ❖ Demandar a secretaria de saúde a presença de um odontólogo em uma reunião da equipe para capacitação sobre saúde bucal (médico).

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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 à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico 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 da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) vamos adotar os Protocolos de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013. A equipe para viabilizar o monitoramento das ações implementadas obterá os dados através dos prontuários, fichas de atendimentos ambulatoriais e ficha espelho disponibilizada pelo curso. Através desses registros poderemos lançar mão de indicadores como o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, com exames clínicos apropriados, com exames complementar em dia, números de usuários faltosos, proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, números de hipertensos e diabéticos que receberam orientação nutricional, sobre a prática regular de atividade física e sobre o risco do tabagismo.

Estimamos alcançar com a intervenção 715 hipertensos e 204 diabéticos. Nos reuniremos com o gestor municipal para dispor da quantidade de fichas necessárias.

Para organizar o registro específico o médico revisará os prontuários dos hipertensos e diabéticos que vieram a consulta nos últimos três meses e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, também se anexará as informações do monitoramento dos agentes comunitários na sua busca ativa realizada.

Para a qualificação da equipe será utilizado o protocolo do ministério da saúde e buscaremos agregar várias ações nesta capacitação como:

Verificação da pressão de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe para realização do hemoglicoteste.

Capacitar os ACS para o cadastramento dos usuários da área de abrangência da unidade.

Realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade para solicitação de exames complementares, além da realização das consultas e sua periodicidade.

A capacitação sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para que toda equipe utilize esta referência na atenção ocorrerá na UBS, para isto utilizaremos uma hora ao final de cada reunião de equipe. Onde, cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, o responsável pela mediação da discussão será o médico.

A técnica de enfermagem irá viabilizar a ação de acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Usuários faltosos que assistam a consulta serão atendidos no mesmo turno para diminuir o número de usuários com atraso nas consultas. Hipertensos e Diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e evitar complicações. Além disso, os usuários hipertensos e diabéticos que comparecerem as consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor de dois dias. Todos os usuários que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para sensibilizar a comunidade, o médico e a técnica de enfermagem entrarão em contato com membros da comunidade e representantes de conselhos de saúde um dia ao mês. Na oportunidade apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do cadastramento e controle dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o cadastramento e seguimento adequado destes usuários, esclarecendo a comunidade as complicações e os fatores de riscos.

O monitoramento da ação programática será efetuado com uma frequência semanal, onde o médico examinará as fichas espelho e a planilha de coleta de dados dos usuários identificando aqueles que não dispõem dos exames clínicos apropriados ou estejam com atrasos nos exames complementares e também sejam faltosos as consultas. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos hipertensos e diabéticos em atraso, estima-se 10 por semana totalizando 40 por mês que serão encaminhados para o agendamento da consulta.

2.3.4 Cronograma

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Este relatório de intervenção corresponde ao trabalho desenvolvido durante 16 semanas. Apesar de muito trabalho foi também muito satisfatório olhar quantas coisas importantes foram realizadas no transcurso dessas semanas.

Foi necessário um bom planejamento de trabalho para melhor organização e desenvolvimento do projeto de intervenção e do acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial e diabete mellitus. As ferramentas com as quais nossa equipe de saúde se basearam para o alcance de nossas metas foram a sistematização, constância e dedicação.

A observação de que tínhamos um número muito baixo de hipertensos e diabéticos cadastrados em relação ao total da população estimada foi o motor impulsor da decisão de escolher este tema para o nosso projeto de intervenção. Era evidente também que os usuários cadastrados não estavam sendo bem acompanhados, pois foi observado que não existiam arquivos de prontuários médicos na UBS, além do sub registro de alguns casos.

Inicialmente planejamos um conjunto de ações em busca do alcance das metas tudo isso com prévia autorização do gestor municipal. Nossa maior facilidade foi ter uma equipe comprometida e consciente da importância desta intervenção, e apesar da equipe não está completa, outra facilidade foi contarmos com a boa adesão por parte da população. Outro apoio importante que tivemos foi dos agentes de saúde, sem os quais o nosso trabalho não teria sido possível.

O planejamento das ações foi registrado num cronograma de trabalho onde foram planejadas 20 atividades que seriam desenvolvidas em 16 semanas consecutivas, destas em quatro semanas estive ausente pelas minhas férias Essa situação não afetou a qualidade das ações já que conseguimos avaliar todos os

usuários hipertensos e diabéticos e diagnosticar outros casos durante o período da intervenção.

Apesar da equipe ter trabalhado sempre unida e cada profissional ter desenvolvido bem as habilidades que os correspondiam, nossa principal dificuldade estava relacionada à uma equipe incompleta. Inicialmente tínhamos uma técnica de enfermagem e depois conseguimos outra para ajudar. Outra dificuldade importante a se destacar foi que os agentes comunitários não abordaram toda a área de abrangência. Tivemos um problema também com a equipe de enfermagem e, portanto, ficamos sem esse profissional todo o tempo, só recebemos o apoio dele somente uma vez por semana. Outro profissional que não pudemos contar durante o período de intervenção foi o odontólogo.

Nas duas primeiras semanas colocamos painéis informativos sobre diabetes e hipertensão na UBS e nas comunidades (escolas, igrejas, clubes de mãe e CTG). Durante esse período conseguimos capacitar a equipe de saúde para o cadastramento, registros na ficha de acompanhamento, protocolos de atendimentos dos hipertensos e diabéticos, além do estabelecimento das funções específicas de cada membro da equipe para o desenvolvimento desta intervenção.

Nesse período, também conseguimos cadastrar todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência e preencher todos os dados da ficha de acompanhamento. Além de planejar os atendimentos de cada um, foi realizado o planejamento de todas as atividades que seriam realizadas no decorrer das semanas.

Durante todo o transcurso da intervenção apareceram problemas relacionados aos atendimentos odontológicos, situação essa que foi resolvida parcialmente por meio da estratégia do encaminhamento dos usuários à Unidade Básica de Saúde mais próxima da nossa com prévia autorização.

Os atendimentos clínicos e as atividades de educação em saúde foram realizadas sem problemas, apesar das muitas dificuldades enfrentadas em curtos períodos. A pesquisa ativa em todos os habitantes maiores de 18 anos de idade da comunidade foi realizada, explicando a eles a necessidade de aferir a pressão, pelo menos uma vez por ano, assim como a realização do hemoglicoteste. No que diz respeito aos medicamentos, não encontramos dificuldades significativas e realizamos mensalmente o controle de estoque.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto forem desenvolvidas e cumpridas integralmente durante a intervenção, com exceção da avaliação odontológica dos usuários diabéticos e hipertensos que só foi desenvolvida parcialmente pela falta deste profissional, sendo este um dos maiores problemas com relação ao atendimento dos sujeitos na área.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Encontramos algumas dificuldades no transcurso do trabalho, porém estas não impediram a conquista dos objetivos. Inicialmente durante a coleta e sistematização dos dados tivemos uma pequena dificuldade na forma de coletar os dados, mas rapidamente conseguimos resolver isto. Outra dificuldade foi no cálculo dos indicadores onde, os erros no preenchimento da planilha, repercutia em indicadores acima de 100%, logo que estes erros foram observados o problema foi corrigido.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações desenvolvidas durante a intervenção estão sendo incorporadas no cotidiano da equipe. O livro de agendamento e os prontuários ficaram mais organizados com uma descrição detalhada dos exames físicos, exames de controles e atividades educativas, entre outras, e isto será mantido uma vez que consideramos que a Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus são doenças bastante incidentes, com fatores de risco modificáveis onde podemos influenciar melhorando assim a qualidade de vida dessas pessoas.

Alguns casos ainda ficaram com exames pendentes, outros com exames alterados, mas estes continuarão sendo acompanhados. A busca ativa, o cadastramento e os atendimentos dos hipertensos e diabéticos na área adstrita continuarão a ser realizados na UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção, de uma maneira global, tratou da melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos adstritos à área de abrangência da UBS Braga, Município Santo Ângelo. Com base nos cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, Diabetes Mellitus (caderno 36) e Hipertensão Arterial Sistêmica (caderno 37), publicados pelo Ministério da Saúde em 2013, foram construídas as ações para a intervenção.

No levantamento realizado, antes da intervenção, foi verificado que a população residente na localidade é de 3.200 pessoas, sendo que a estimativa para os maiores de 20 anos é de 2.144 pessoas. Ainda, como estimativa proposta pelo Vigitel (2011) tivemos o número de 487 hipertensos e 120 diabéticos moradores na área. No entanto, foram utilizados os dados estimados pelo caderno de ações programáticas, os quais apresentaram um total de 715 hipertensos e 204 diabéticos. Estes foram os valores utilizados como denominadores para os cálculos dos indicadores da intervenção.

Foram estabelecidas como metas para ampliação da cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos 85% e 96%, respectivamente. Durante a intervenção foram cadastrados 208 hipertensos (29,1% dos hipertensos estimados para a área) e 23 diabéticos (11,3% dos diabéticos estimados para a área).

A partir de uma análise progressiva da cobertura tivemos no primeiro mês 48 hipertensos (6,7%), no segundo mês 98 (13,7%), no terceiro mês 169 hipertensos (23,6%) e no quarto mês 208 (29,1 %), (figura 1).

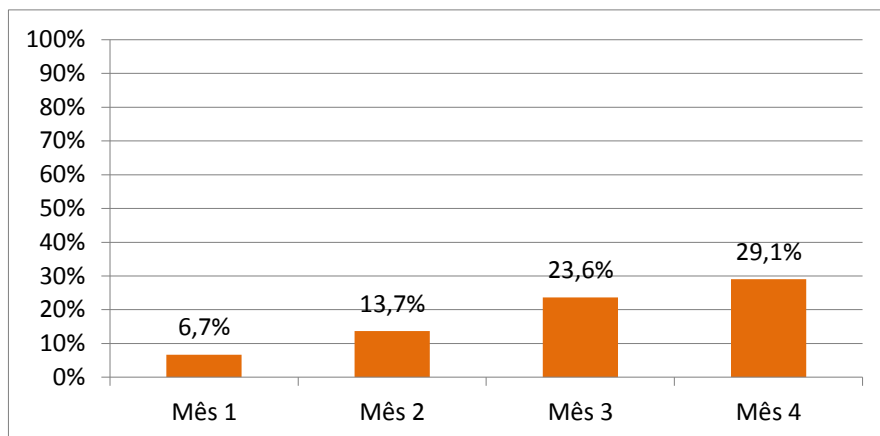


Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde Braga. Santo Ângelo/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Em relação aos diabéticos, foram cadastrados no primeiro mês 4 diabéticos (2,0%), no segundo mês 9 (4,4%), no terceiro mês 14 diabéticos (6,9%) e no quarto mês 23 equivalendo a 11,3 %. Alcançamos ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita inferior ao esperado, (figura 2). Destaca-se que no último mês da intervenção houve um incremento maior no trabalho de cadastramento.

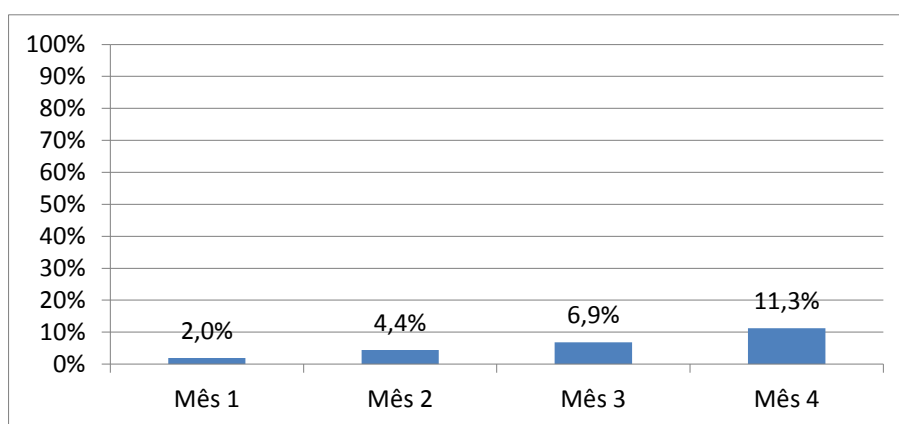


Figura 2 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde Braga. Santo Ângelo/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

As ações que mais auxiliaram na captação dos usuários pertencentes ao programa, e que repercutiram em melhorias, foram a revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pelos ACS. Os ACS realizavam suas visitas domiciliares de rotina observando a assiduidade do acompanhamento e local de seguimento dos hipertensos e diabéticos, orientando-os a realizar adequadamente seu tratamento com a equipe de saúde na UBS.

Um dos fatores que impediu a contemplação dessa meta foi à falta de cobertura por agente comunitário de saúde para uma microárea e o processo de cadastramento de outra microárea, o que deixou os dados incompletos. Também, durante toda a intervenção a equipe de trabalho ficou incompleta, sendo que a maior dificuldade foi o reduzido quantitativo de ACS.

O indicador que avaliou a realização de exames clínicos em dia, conforme o protocolo, para os usuários hipertensos e diabéticos alcançou 100% em todos os 4 (quatro) meses da intervenção, para todos os dois grupos (hipertensos e diabéticos). O exame clínico de acordo com o protocolo adotado, que foi o preconizado pelo Ministério da Saúde, foi realizado em 100% dos usuários participantes da intervenção.

Quanto aos exames complementares, em dia, preconizados pelo Ministério da Saúde os usuários hipertensos tiveram este acompanhamento realizado em 100% no primeiro, segundo e quarto mês da intervenção. O terceiro mês teve 99,4% dos usuários acompanhados, ou seja, apenas 1 (um) não teve este acompanhamento (figura 3).

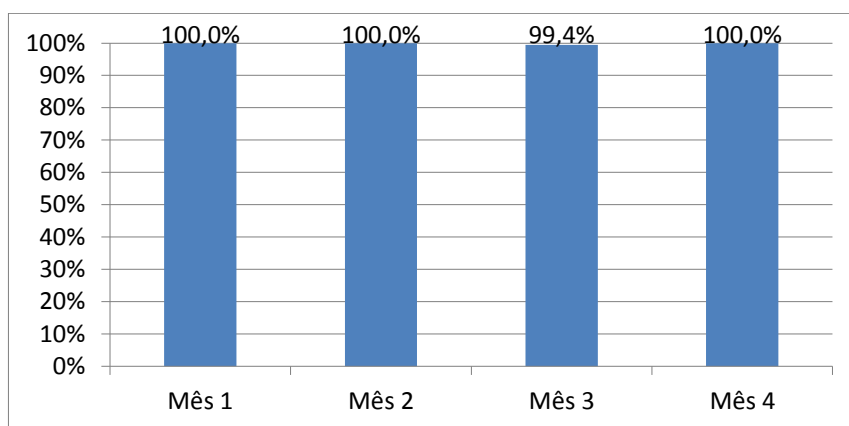


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Braga. Santo Ângelo/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

O acompanhamento e realização dos exames complementares para os usuários diabéticos alcançou 100% durante os 4 (quatro) meses da intervenção.

Os exames complementares para avaliação dos hipertensos e diabéticos conforme o que é determinado pelo MS foi solicitado para 100% desses usuários e, quase todos, retornaram para apresentar os resultados dos exames.

Vale destacar que a ação que mais colaborou para o alcance destes resultados, foi a facilitação para realização desses exames com a Secretaria Municipal de Saúde, que viabilizou a disponibilidade dos exames laboratoriais essenciais (eletrocardiograma, dosagem de glicemia, colesterol total e suas frações, creatinina, potássio e realização da análise do sedimento urinário), em parceria com o Hospital Municipal. Além disso, o interesse dos usuários em realizar em tempo hábil os exames, somou, positivamente, ao cumprimento dessa meta.

Todos os participantes do programa portavam prescrição com medicamentos pertencentes à lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular, totalizando desta forma 100% de alcance para este indicador, em todos os meses da intervenção para os dois grupos (hipertensos e diabéticos). Este fato ocorreu devido a observância e cuidado em propor o tratamento medicamentoso associado às modificações do estilo de vida, com medicações que controlassem suas enfermidades e não comprometessem a renda dessas pessoas.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico, preconizada pelo MS, foi realizada no primeiro mês em 12,5% (6) dos hipertensos, no segundo mês 43,9% (43), no terceiro mês da intervenção 65,1% (110) e no quarto mês 68,8% (143), (figura 4).

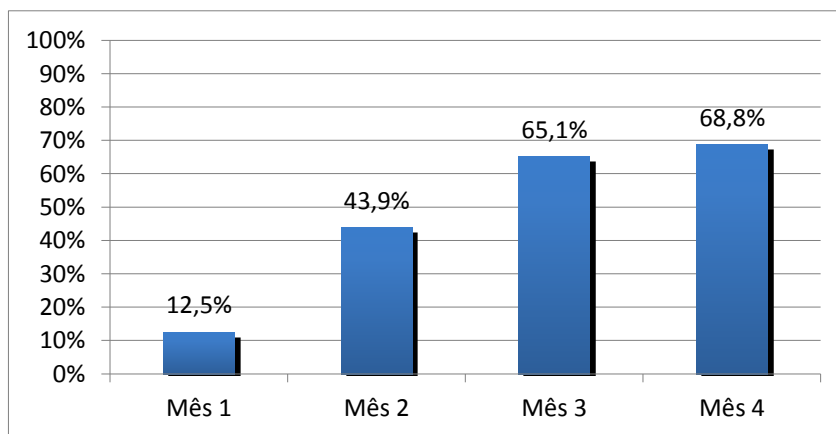


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Braga. Santo Ângelo/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Este mesmo indicador para os diabéticos apresentou os seguintes resultados: no primeiro mês nenhum diabético teve a avaliação realizada, no segundo mês 33,3% (3), no terceiro 57,1% (8) e no quarto mês 73,9% (17), (figura 5).

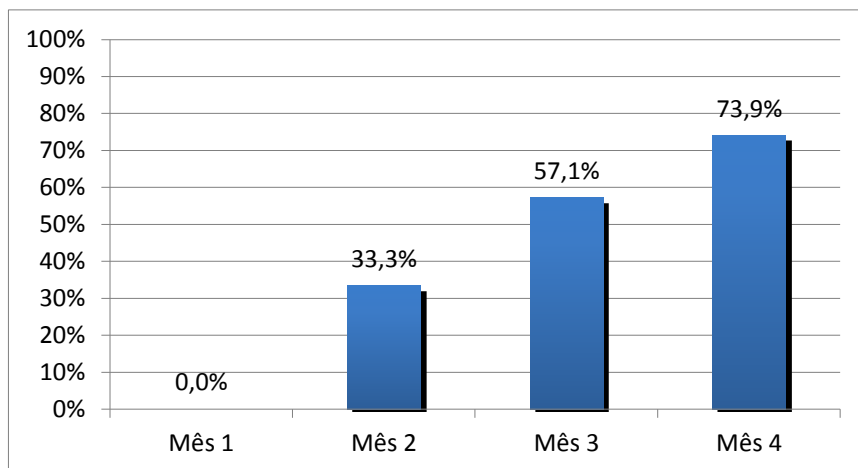


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Braga. Santo Ângelo/RS, 2015. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A maior dificuldade em relação a essa ação foi a falta do serviço de odontologia na UBS, a qual, por sua vez, possui uma estrutura antiga e muito pequena. Nos primeiros dias foi impossível conseguir algum tipo de atendimento odontológico. No início tivemos uma grande luta para que os usuários de nossa área de abrangência fossem atendidos no posto de saúde mais perto da nossa UBS, que tivesse esse serviço de saúde. Senti, nessas primeiras semanas, a falta do apoio da Secretaria para implantar essa rotina, porém a equipe fez o maior esforço para que os usuários recebessem atendimento odontológico. Nos meses seguintes os funcionários da Secretaria de saúde colaboraram para que essa intervenção fosse atingida.

O odontólogo e a técnica em odontologia se mostraram solícitos em fazer parte e colaborar com a intervenção, mas não foi o suficiente para atingir as metas programadas.

Em relação à meta “buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada” pôde-se observar que a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos à consulta com busca ativa não foi uma dificuldade devido ao trabalho dos agentes comunitários e a participação ativa da comunidade, temos que destacar que nesta meta tivemos uma grande ajuda dos líderes comunitários.

Felizmente não tivemos muitos hipertensos e diabéticos faltosos. Os fatores que facilitaram esses resultados foram às palestras e orientações realizadas por

todos os funcionários da UBS, os agendamentos na data correta e o prazo adequado para evitar absenteísmos. No entanto no mês 3 e 4 da intervenção tivemos oito hipertensos faltosos, mas infelizmente não conseguimos fazer a busca ativa porque nestes meses passamos por um período crítico com a falta de agentes comunitários, onde três deles programaram férias e o trabalho não pode ser feito por ninguém. Na oportunidade não contamos com apoio da secretaria de saúde nesse momento da intervenção.

Em relação à meta “realizar registro adequado na ficha de acompanhamento em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos”, pode-se observar que a proporção de registro adequado na ficha de acompanhamento, apresentou 100% em todos os meses para os dois grupos de usuários (hipertensos e diabéticos). A facilidade de realizar os registros da intervenção foi devido à disponibilização do material impresso, das fichas-espelho e de outros materiais necessários em tempo hábil, por conta do apoio direto da Secretaria de Saúde.

Foi estabelecido como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A meta proposta foi atingida integralmente em todos os meses da intervenção nos dois grupos (hipertensos e diabéticos).

As orientações em relação às modificações do estilo de vida que incluem orientação nutricional, alimentação saudável, práticas de atividade física e sobre riscos do tabagismo foram realizadas para 100% dos usuários, ou seja, no momento da consulta, de maneira privada e respeitando as particularidades de cada um, ou de maneira coletiva, através das atividades de educação em saúde, todas estas orientações foram repassadas aos usuários das consultas do HIPERDIA.

Assim, os indicadores de proporção de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação nutricional, orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e risco sobre o tabagismo, alcançaram 100% em todos os meses da intervenção para todos os grupos (hipertensos e diabéticos), ou seja, orientamos 48 hipertensos no primeiro mês, 98 no segundo, 169 no terceiro e 208 no quarto mês, já os diabéticos foram 4, 9, 14 e 23 respectivamente. Além disso, o indicador de proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal foi de 100% nos quatro meses da intervenção.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde, Braga, proporcionou uma melhoria na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos; a melhoria dos registros; e qualificação da atenção, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

Programamos pela primeira vez na UBS o grupo de Hipertensos e Diabéticos no qual discutimos assuntos relevantes e oportunos para os usuários.

A intervenção foi de grande importância para a equipe, pois com isso ela precisou se capacitar para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, ao diagnóstico, ao tratamento e ao monitoramento da Hipertensão e da Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem, da auxiliar da recepção dos agentes comunitários de saúde e os demais membros da equipe em geral. Como atribuições o médico era responsável pelo registro e cadastramento dos usuários; a enfermeira responsável por capacitar a equipe, além de participar ativamente no cadastramento, consulta e acompanhamento dos usuários. A técnica de enfermagem era responsável por organizar o agendamento das consultas e auxiliar no monitoramento, que ocorria semanalmente; os ACS realizavam a busca ativa, evitando assim que usuários faltosos às consultas não se esquecessem de comparecer.

É importante ressaltar que a equipe de saúde bucal, que participou de algumas semanas na intervenção, mesmo não pertencendo a nossa UBS, melhorou os indicadores em saúde bucal. Atribuiu-se ao médico ainda a responsabilidade pelas consultas, pelas atividades de educação em saúde, pela organização de grupos de Diabéticos e Hipertensos e também pelas reuniões com os líderes comunitários.

A intervenção apresentou impacto positivo não só de forma direta nos indicadores de hipertensão e diabetes, mas também em outras atividades, como por exemplo, na relação com a comunidade soube valorizar a forma acolhedora da intervenção e agora foram organizados outros grupos na unidade como o de gestantes, o de adolescentes que antes disso não funcionavam muito bem.

Após a intervenção as atividades que antes eram concentradas no médico passaram a ser concentradas na equipe viabilizando assim um maior número de pessoas. A melhoria na organização dos registros e do agendamento otimizou a agenda para os atendimentos à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade. Eles agora conseguem entender os motivos de os usuários hipertensos e diabéticos serem priorizados nos atendimentos. Porém, mesmo com a ampliação da cobertura ainda não foi possível atingir o 100%. Com isso torna-se necessário continuar com a intervenção a fim de melhorar a cobertura.

A intervenção poderia ter sido mais fácil se desde o início na análise situacional tivesse sido discutido com a equipe as atividades que eu vinha desenvolvendo. Faltou mais articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, as ações da intervenção fazem parte da rotina do serviço, sendo assim teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Será realizado um trabalho de ampliação na conscientização e na participação da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco; além de adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Nos próximos meses conseguiremos completar a equipe de saúde para trabalhar na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos e incorporar o programa de pré-natal na UBS tomando como exemplo o nosso projeto. Além disso, buscaremos seguir com a organização do trabalho e pactuação de ações entre a equipe.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor, no curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS, em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, como parte integrante das atividades vinculadas ao programa Mais Médicos Brasil, foi solicitado como elaboração de trabalho de conclusão a realização de uma intervenção em uma dada ação programática, na UBS onde atuo, fruto da identificação de uma análise situacional da população atendida no serviço.

Durante quatro meses a UBS e a comunidade esteve envolvida num projeto de intervenção em atenção básica cuja população-alvo foram usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. O objetivo principal ampliar a cobertura e melhorar o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos na área de abrangência da UBS, e para isto adotamos o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 sobre Hipertensão Arterial e número 36 sobre Diabetes Mellitus, ambos do ano de 2013, que são os protocolos do Ministério da Saúde mais atualizados. Além disso, foram definidas metas, ações e indicadores de avaliação, como também foi elaborado um cronograma de atividades.

A escolha desta população deu-se mediante a relevância epidemiológica e para a saúde pública das Doenças Crônicas, as quais podem ser prevenidas, ou quando já instaladas, podem ser controladas a fim de evitarem complicações, além de melhorar a qualidade de vida dos usuários, bem como diminuir as internações.

Com o a intervenção foi possível melhorar a qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, realizar o monitoramento destes, e assim como avaliar no decorrer da intervenção os registros e a evolução dos participantes a partir das intervenções realizadas.

Inicialmente foram realizadas capacitações nas reuniões de trabalho da equipe para que os profissionais fossem atualizados acerca dos cuidados com os

usuários hipertensos. Toda a equipe participou ativamente de todo o processo, desde a criação de um sistema de registro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que incluía as situações de atraso na realização de exames complementares e na realização da estratificação de risco cardiovascular. Também foram atualizados os prontuários e as fichas espelho de cada usuário e o monitoramento dos registros.

A equipe realizava reuniões semanais para monitoramento das ações realizadas e os dados foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe. Ao final foram cadastrados 208 hipertensos (29,1%) e 23 diabéticos (11,3%).

As agentes comunitárias de saúde eram responsáveis por identificar os usuários que não conseguiram se deslocar até a UBS e estes receberam seus atendimentos em domicílio. A todos também foi garantida a realização dos exames complementares como hemograma, glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicosilada, uréia, creatinina, ácido úrico, colesterol e triglicerídeos. Além disso todos os usuários hipertensos e diabéticos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Acerca da saúde bucal, 143 (68,8%) dos hipertensos e 17 (73,9%) dos diabéticos conseguiram realizar avaliação e atendimento odontológico, o que consideramos um avanço visto que, como já é de conhecimento da gestão, não contamos com a equipe e nem dos equipamentos de saúde bucal nesta UBS. O bom resultado obtido só foi possível graças à parceria com outras UBS da cidade.

Nos atendimentos os usuários também receberam orientações nutricionais, importância da prática de atividade física, orientações de saúde bucal e foram esclarecidos acerca dos danos do tabagismo.

A intervenção propiciou também, ampliar os conhecimentos da equipe de saúde sobre estas doenças e organizar melhor o trabalho com os usuários. As atribuições de cada profissional ficaram melhores estabelecidas, sendo que cada profissional sabia quais seriam suas atribuições seguindo os protocolos do Ministério de Saúde.

Com a intervenção foi possível, além do que já foi exposto, aumentar a adesão dos usuários aos tratamentos e ao acompanhamento na UBS, como também foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo para assim como conhecer suas preocupações e suas necessidades.

Como o apoio da gestão foi possível propiciar atendimentos especializados com cardiologistas, endocrinologistas e oftalmologistas. E agora estamos precisando ter uma equipe completa para continuar com nosso trabalho na população, como a inclusão de uma equipe de saúde bucal.

A partir desta experiência pretendemos incorporar estas práticas na nossa rotina de trabalho e expandir para todos os programas da Atenção Primária de Saúde, tais como saúde do idoso, da criança, do homem, da mulher (pré-natal, puerpério) e do adolescente. E com a colaboração da gestão para completar a equipe e melhorar a qualidade de vida os usuários.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Estimada população, a equipe da UBS Braga do município de Santo Ângelo realizou um trabalho de intervenção que teve duração de três meses em conjunto com os principais líderes da comunidade e dos gestores do município. As ações foram direcionadas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência, ou seja, a toda a população atendida na UBS Braga que tenha pressão alta (hipertensão) e/ou diabetes.

Para a realização deste trabalho chamado de intervenção, foi feito um cronograma de atividades, que consistia de uma lista de ações a serem realizadas para melhorar a situação de saúde nos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Atividades estas que incluíam educação em saúde, a importância da realização de exercícios físicos, a importância de comparecer às consultas na UBS para acompanhamento, sobre a importância de avaliação odontológica, além de orientações sobre os danos provocados pelo tabagismo.

Ao final da intervenção conseguimos cadastrar 208 hipertensos (29,1%) e 23 diabéticos (11,3%). Os usuários que não conseguiam chegar até o serviço de saúde tiveram suas visitas domiciliares agendadas pelas agentes comunitárias de saúde. Todos os usuários identificados e cadastrados receberam atendimento clínico adequado. No que diz respeito ao atendimento odontológico contamos com o apoio de outras unidades de saúde parceiras para que os usuários realizassem suas avaliações uma vez que não contamos na nossa unidade com equipe de saúde bucal.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos realizaram exames complementares pelo SUS, como foi garantido pela Secretaria de Saúde do Município e todos receberam pela farmácia popular os medicamentos para seus tratamentos. Também com o apoio dos gestores do município foram realizadas consultas com especialistas como cardiologista, endocrinologista e oftalmologista.

Apesar de priorizarmos os usuários hipertensos e diabéticos durante o período de intervenção isto não gerou problemas para os demais usuários, uma vez que os outros agendamentos e atendimentos ocorreram normalmente e estes também foram beneficiados com conhecimentos acerca da hipertensão e diabetes, sobre adoção de hábitos de vida saudáveis, riscos do tabagismo, importância da prática de atividade física.

A divulgação da intervenção para toda a comunidade ocorreu nas consultas, nas visitas domiciliares, nas atividades de grupos das micro áreas, na recepção e sala de espera da unidade, nos painéis na UBS, e além disso, contamos com o apoio dos principais líderes da comunidade que tiveram conhecimento e participação em todo período da intervenção.

O principal ganho que obtivemos com a intervenção, além dos resultados obtidos, foi a adesão dos usuários e da comunidade em geral na intervenção e na frequência de comparecimento à UBS, o que melhorou a inter-relação da equipe de saúde com a comunidade, influenciando positivamente na organização do trabalho na UBS e a qualidade de atenção à população.

Pretendemos incorporar estas práticas à nossa rotina de trabalho na unidade e ampliar para programas como saúde da mulher (pré-natal, puerpério e atenção ao câncer de colo de útero e de mama) e saúde do idoso. Nossa meta é aproveitar os grupos já criados para integrar os diferentes programas de prevenção e promoção de saúde. Outro passo importante é a criação de um conselho local de saúde para envolver representantes da comunidade, das equipes e do município para que se discutam as necessidades da população e a priorização das ações de saúde. Agradecemos o apoio de toda a comunidade e dos líderes comunitários para a realização desta intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Inicialmente eu tinha muita insegurança tanto em relação ao trabalho na unidade com a equipe quanto com a especialização que era uma experiência nova, mas depois que as semanas foram passando e o trabalho avançando, o sentimento de confiança aumentou, e isso graças à ajuda incondicional e continua do meu orientador que é um fator importante nesse processo.

No decorrer do curso me deparei com muitos desafios, como por exemplo enfrentar o trabalho com uma equipe incompleta. Fato este que considero a principal dificuldade durante todo o projeto, mas também tive outras dificuldades como organizar o trabalho na unidade com as atividades da especialização. No entanto pude contar com a ajuda dos membros da equipe e dos gestores, o que se mostrou muito importante. Outro ponto limitador era o fato de não termos computador com acesso a internet, ocasionando um menor aproveitamento do tempo.

Apesar das dificuldades encontradas no decorrer do trabalho, o curso me permitiu ampliar os conhecimentos acerca da saúde da família, de como funciona a equipe de saúde, da organização na unidade básica de saúde, da interação com a comunidade e das atribuições de cada profissional. A utilização do cronograma de atividades e a realização das reuniões sistemáticas da equipe na unidade, permitiu atividades bem planejadas e com boa qualidade, além de uma maior troca de experiências entre os profissionais. Pude também melhorar os meus conhecimentos sobre estrutura física, equipamentos e estratégias de saúde que deveriam ser implementadas, mas que a maioria das unidades não conseguem fazer.

Acho importante dizer que tanto os fóruns como os casos clínicos e as práticas clínicas foram indispensáveis no decorrer deste período, permitindo a

superação das dificuldades encontradas ao longo da intervenção e influenciando positivamente no desenvolvimento profissional da equipe toda.

Tenho certeza de que o curso contribuiu de forma positiva no trabalho que é desenvolvido na UBS permitindo assim o alcance de benefícios na saúde da comunidade e na saúde individual dos usuários, além de permitir que os membros da equipe se atualizem. A expectativa agora é incorporar as ações na rotina da UBS.

Referências

- ❖ BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 37. **Estratégias para o cuidado de pessoas com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, DF, 2013.
- ❖ BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 36. **Estratégias para o cuidado de pessoas com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2013
- ❖ Relatório anual da Organização Mundial da Saúde (OMS), 2009

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

Área de Trabalho

C5

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

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

Pronto

Boleto... T8_Unid... Relatório... Unidade... sem 6 Projeto ... PROJETO ... Exemplo... Microsoft... PT 16:13

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)

Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)

HIPERTENSOS

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da integração

DIABÉTICOS

Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da

*Estimativa no território

População total

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) [VIGITEL, 2011]

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) [VIGITEL, 2011]

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

OBSERVAÇÕES

Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

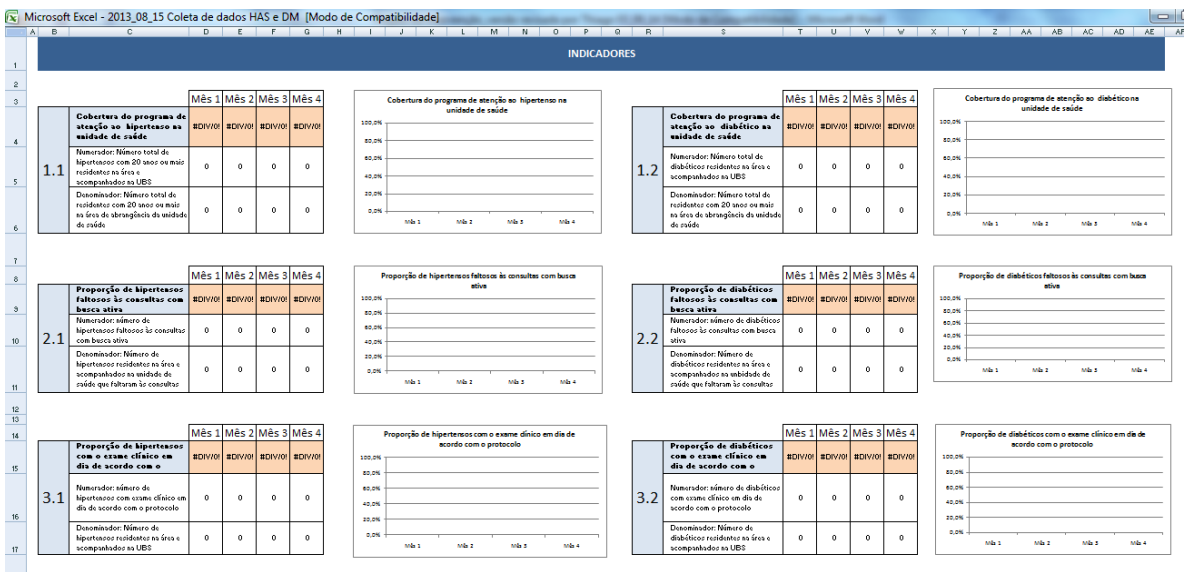
Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

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

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



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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante