

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Novo Barreiro, Novo Barreiro/RS**

Yency Lores González

Pelotas, 2015

Yency Lores González

**Melhoria da Atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Novo Barreiro, Novo Barreiro/RS**

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

Orientadora: Daniela Seady

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G643m Gonzalez, Yency Lores

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Novo Barreiro, Novo Barreiro/RS / Yency Lores Gonzalez; Daniela Seady, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 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. Seady, Daniela, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Ofereço este trabalho aos meus pais, por terem me ajudado a concluir mais esta jornada, pelos incentivos, pelos esforços prestados. Aos meus colegas, orientadora, e a Deus por ter me concedido a oportunidade de lutar por um futuro melhor.

Agradecimentos

Primeiramente a DEUS, por ter me dado a oportunidade de poder estar aqui, dando-me a força para sempre seguir adiante com meus sonhos, os amigos e companheiros que sempre estiveram presentes nesta minha caminhada, e mesmo as pessoas que não acreditavam em mim que me fizeram cada vez mais alcançar meus objetivos.

Aos meus pais e avós pela educação, e pelo carinho dispensado, sempre me ensinando os valores indispensáveis, a formação do caráter lutador e otimista, meu eterno amor e gratidão.

A minha orientadora Daniela Seady pelo conhecimento e horas a mim dispensadas, pelo incentivo e apoio constantes para que conseguisse concretizar o trabalho que aqui me propus estudar. Com toda certeza, você foi a maior fonte de estímulo nos momentos de dispersão e insegurança.

Aos colegas de curso, pelo espírito de camaradagem e convívio, o qual muita saudade certamente sentirei. Foram verdadeiros amigos durante todo o curso.

Resumo

GONZÁLEZ, Yency Lores. **Melhoria da Atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Novo Barreiro, Novo Barreiro/RS.** 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo contemporâneo sendo que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes, desempenham papel preponderante na realidade. No Brasil as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 30% dos óbitos com causas conhecidas. A redução da morbimortalidade cardiovascular pode acontecer com o tratamento da hipertensão arterial, também são necessários programas para o controle do diabetes e investimento em orientações a respeito da dieta, realização de atividade física e controle de peso. À semelhança do observado com a hipertensão arterial, uma parte considerável dos diabéticos apresenta poucos sintomas e mostra desconhecimento da doença. Isto demonstra a necessidade do trabalho de gestores e demais trabalhadores do sistema único de saúde a efetivar ações que busquem o controle dessas doenças. Neste sentido o objetivo da intervenção foi melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS do município de Novo Barreiro/RS. Buscando assim garantir maior eficiência na adesão e acompanhamento dos usuários através de busca ativa e efetiva dos agentes comunitários de saúde (ACS), do controle da pressão arterial e glicemias aumentando a efetividade do programa de hipertensos e diabéticos. Para isso trabalhamos nos quatros eixos fundamentais; Monitoramento e avaliação, engajamento público, Gestão do serviço e qualificação da prática clínica. Dentre os resultados obtidos foram acompanhados 391 (96,3%) usuários com hipertensão e 110 (100%) usuários com diabetes. Dessa forma melhorou a qualidade do atendimento e como conseqüência a qualidade de vida dos usuários. Durante a intervenção os principais instrumentos utilizados foram a ficha espelho, a planilha de coleta de dados e o diário para registro dos dados qualitativos. A intervenção está incorporada a rotina do serviço na nossa UBS.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico indicador da cobertura do programa de atenção ao hipertenso. Página 50.
- Figura 2 Gráfico indicador da cobertura do programa de atenção ao diabético. Página 51.
- Figura 3 Gráfico indicador da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Página 51.
- Figura 4 Gráfico indicador da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Página 52.
- Figura 5 Gráfico indicador da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Página 53.
- Figura 6 Gráfico indicador da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Página 53.
- Figura 7 Gráfico indicador da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Página 54.
- Figura 8 Gráfico indicador da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Página 54.
- Figura 9 Gráfico indicador da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Página 56.
- Figura 10 Gráfico indicador da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Página 56.
- Figura 11 Gráfico indicador da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Página 57.
- Figura 12 Gráfico indicador da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Página 57.
- Figura 13 Gráfico indicador da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Página 58.
- Figura 14 Gráfico indicador da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Página 58.
- Figura 15 Gráfico indicador da proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. Página 59.
- Figura 16 Gráfico indicador da proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. Página 60.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EaD	Educação à Distância.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de apoio saúde da família
PA	Pressão arterial
PMM	Programa Mais Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	28
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística	39
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	45
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.....	50
4.1 Resultados.....	50
4.2 Discussão	61
5 Relatório da intervenção para gestores	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	67
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	69
Referências	71
Apêndices.....	72
Anexos 80	

Apresentação

Esta intervenção foi realizada na unidade básica de saúde Novo Barreiro do município de Novo Barreiro/RS, na equipe número um, da área urbana e rural, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) residentes em nossa área de abrangência. O presente trabalho está dividido pelas seguintes partes:

A primeira parte é a **Análise Situacional** que teve como objetivo identificar os aspectos relacionados com a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Primária no município, além de determinarem-se, as deficiências em cada uma das ações programáticas. A segunda parte é a **Análise Estratégica**, que buscou contemplar a ação programática de atenção a hipertensos e diabéticos para a melhoria dos atendimentos destes usuários, através da proposta de objetivos, metas, do detalhamento de ações que envolveram a toda equipe e comunidade. A terceira parte constitui o **Relatório da Intervenção que** relata as ações que foram desenvolvidas os avanços e tropeços durante a mesma. A quarta parte é a **Avaliação da Intervenção**, que discute os resultados obtidos, relacionado com cada objetivo e meta traçada, mostrando-se também em gráficos. Nas **Considerações Finais** apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o desenvolvimento do curso. Por fim, apresenta ainda as **Referências**, seguindo-se de **Anexos** e **Apêndice**.

A intervenção desenvolvida contribuiu de forma efetiva com a melhoria na atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes de nosso município, satisfação do usuário e uma atenção primária com qualidade.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ESF de Novo Barreiro encontra-se localizada em uma zona urbana no centro da cidade. A mesma possui uma boa estrutura física e boas condições de trabalho. Oferece-se à população: Serviço de Acolhimento, Acompanhamento de gestante e do bebê, Administração de medicamentos, Ambulatório, Urgência e Emergência, Atendimento Psicológico, Consultas Médicas, Odontológicas, Curativos, Dispensação de medicamentos básicos, Enfermagem, Exame preventivo (Câncer do colo do útero), Fonoaudiologia, Fisioterapia, Imunização, Nebulização, Planejamento Familiar, Vigilância Sanitária, Teste de Glicemia, e outros. É um lugar onde se trabalha muito bem porque é um ambiente de trabalho onde se respira companheirismo, paz e harmonia, uma das coisas mais importantes para a saúde de todos.

Nossa equipe de trabalho está integrada por: agentes de saúde, digitadora, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, recepcionista, além do pessoal da Secretaria de Saúde. Ainda não contamos com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual está em processo de implantação. Contamos também com o Conselho de Saúde.

Em nossa Unidade o trabalho está voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças. As visitas domiciliares nas comunidades estão permitindo ter uma visão mais ampliada e apurada de como é o modo e estilo de vida de nossa população. A partir destes conhecimentos e percepções, estamos desenvolvendo ações a fim de enfrentar os problemas detectados. Além disso, temos os grupos de Diabéticos, Hipertensos, Gestantes e tabagistas. Gostaria de formar um grupo de adolescentes, pois percebi que existe um grande número de adolescentes com gravidez precoce e

penso que este grupo seria uma forma de ajudar e orientar as adolescentes a fazerem um melhor planejamento familiar.

Neste momento não temos convênio com universidades, contamos apenas com estágio voluntário, sem convênio. Contamos com a rede de apoio Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). A população possui nível educacional na maioria de ensino fundamental e uma pequena parte ensino superior. A população apresenta uma economia média e média baixa. As doenças mais comuns são as crônicas como Hipertensão, Diabetes e as doenças respiratórias, as quais estão condicionadas principalmente pelo clima da região e os maus hábitos dietéticos da população.

O horário de trabalho compreende três etapas as quais são: manhã, tarde e noite. O turno da noite funciona apenas no período de inverno. Quando são abertas as portas de nosso serviço de manhã, as pessoas são recebidas pela recepcionista, que explica e orienta os usuários de como vai ser o trabalho durante o dia. Depois disso dependendo das necessidades de cada usuário é encaminhado depois de fazer sua ficha de atendimento e triagem para as diferentes consultas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Desde minha chegada ao Brasil, trabalho em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, em um município chamado Novo Barreiro, com uma extensão territorial de 123,6 km²; vizinho dos municípios de São José das Missões, Barra Funda, Novo Xingu, Boa Vista, Sagrada Família, Sarandi, Palmeira Das Missões, Rondinha, Constantina, Lajeado de Bugre, Boa Vista das Missões, entre outros. Novo Barreiro se situa 20 km ao Norte-Oeste de Sarandi a maior cidade nos arredores. Situado a 398 metros de altitude.

Fui muito bem acolhida pela equipe de saúde e a população. O Município conta com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana no centro da cidade, é um local adaptado da prefeitura para a prestação dos serviços em função dos cuidados da saúde da população, na qual não são desenvolvidas atividades de ensino. Apesar de ter mais de 20 anos em funcionamento, com dois turnos de atendimentos por dia, caracterizada por ser uma unidade básica de saúde tradicional com equipe de saúde da família e com a atualização do cadastro da população em 100% neste ano. A mesma tem uma boa estrutura física e boas

condições de trabalho, formada por duas equipes de saúde muito bem estruturadas com a Estratégia de Saúde da Família: ESF I Posto de Saúde Novo Barreiro, no centro da cidade com uma população mista (rural e urbana) e ESF II Linha Biriva (rural) para um total de habitantes de 3.976 entre as duas ESF, onde na zona urbana da ESF I tem um total de 1.501 pessoas e 540 famílias e na zona rural 1167 pessoas e 415 famílias para um total de população de 2668; e a ESF II com um total de 1308 habitantes e 415 famílias, entretanto, a maioria dos usuários busca atendimento na sede do município pela dificuldade de acesso a ESF rural.

Cada uma das equipes está integrada por:

ESF I Posto de Saúde Novo Barreiro: cinco agentes de saúde, uma assistente social, uma dentista, uma digitadora, uma enfermeira, um farmacêutico, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, duas auxiliares de serviço gerais, um médico, oito motoristas, quatro técnicos de enfermagem, uma técnica/auxiliar em saúde bucal, uma psicóloga e uma recepcionista, e, além disso, contamos com o pessoal da Secretaria da Saúde.

ESF II Linha Biriva: três agentes de saúde, uma enfermagem, equipem de saúde bucal (uma odontóloga, uma técnica/auxiliar em saúde bucal), um médico, um técnico de enfermagem, uma recepcionista.

Ambas ESF's oferecem a população serviço de Acolhimento, Acompanhamento de gestante e da criança, Administração de medicamentos, Ambulatório, Urgência e Emergência, Atendimento Psicológico, Consultas Médicas, Odontológicas, Curativos, Dispensação de medicamentos básicos, Enfermagem, Exame preventivo (Câncer do colo do útero), Fonoaudiologia, Fisioterapia, Imunização, Nebulização, Planejamento Familiar, Vigilância Sanitária, Teste de Glicemia. Ainda não contamos em nossa equipe com especialistas em outras esferas que acho seria muito importante como médico (cardiologista, dermatologista, ginecologista, ortopedista, pediatra) e nutricionista, profissional tão importante para o controle da obesidade nos usuários com doenças crônicas e para trabalhar na prevenção da aparição de outras doenças, assim outras especialidades.

As consultas são agendadas pela Secretaria de Saúde para outros municípios como: Passo Fundo, Palmeira das Missões, Ijuí, Porto Alegre e Sarandi com internações em Ronda Alta, Jabuticaba, Palmeiras das Missões e Sarandi. O atendimento com os diferentes especialistas se faz fora do município porque nossa equipe não conta com especialistas, o que é muito importante para ter atendimentos

integral, igual sucede com o serviço hospitalar onde as internações são realizadas por meio de protocolo estabelecido com os hospitais dos municípios próximos. Quanto à realização de exames complementares até agora no município não temos problemas já que neste momento contamos com o apoio de dois laboratórios HEMOLAB e MILENIUM, os quais fazem a coleta das amostras todos os dias da semana, com exceção das quintas-feiras.

Minha ESF é um lugar onde se trabalha muito bem porque é um em que se respira companheirismo, paz e harmonia. Não contamos com NASF o qual se encontra em processo de implantação e tampouco temos disponibilidade de Centro Especializado Odontológico (CEO). Contamos com 5 consultórios para os diferentes atendimentos da população como: consultas médicas, odontológicas, psicológicas, fonoaudióloga e de enfermagem; 1 sala de vacinas; 1 sala de nebulização; 1 sala de curativos e procedimentos; 1 farmácia; 1 salão de reunião e educação em saúde; 1 sala para almoxarifado que é utilizada para arquivos mortos e armazenamentos dos medicamentos em estoque; 1 cozinha; com 1 sanitário para os funcionários e 2 para a população, com as condições necessárias para aos portadores de necessidade especial; 1 sala para a recepção, lavagem e descontaminação de material e outra para esterilização e estocagem de material; 1 depósito para o material de limpeza; mas não temos abrigo para resíduos sólidos (expurgos) nem sala para os agentes comunitários de saúde, o que seria muito importante para a troca de informações e ideias, já que os ACS's ficam em contato direto com a comunidade.

Percebe-se que apesar de todo o trabalho que se faz em minha ESF ainda faltam muitas coisas para melhorar os atendimentos, a cobertura e o conforto dos usuários como por exemplo: existe pouca iluminação nos espaços fechados assim como poucas janelas ou que impossibilita uma correta circulação de ar e facilita a proliferação dos diferentes fatores de risco respiratórios. É necessário que a recepção e a sala de espera tenham um espaço maior, com mais janelas, onde o ar circule mais livremente e exista iluminação natural, deveríamos ter um projeto de adequação arquitetônica.

Em relação as atribuições da equipe em minha ESF são realizados atendimentos em todos os turnos de trabalho e atendidas todas de urgência. O usuário recebe os primeiros atendimentos e constatado a necessidade, é encaminhado para um serviço especializado. As emergências são encaminhadas diretamente para o hospital, pois na ESF não contamos com todos os recursos

necessários para um ótimo atendimento nestes casos. Contamos com funcionários que receberam preparação para atuação em primeiros auxílios para casos de emergências, como uma forma de melhorar os atendimentos. Apesar de não contarmos com especialistas em nossa equipe, o serviço prestado é muito bom. O mais importante é ninguém fique sem acolhimento, orientações e recomendações precisas, pois buscamos resultados satisfatórios na população.

Uma vez estudada a população e preenchidos os dados posso dizer que contamos na área com um total de população adstrita de 3.976 habitantes para 955 famílias cadastradas, uma população feminina de 2.051 e masculina de 1.925. Mulheres em idade fértil (10-49 anos) 1.233; mulheres entre (25-64 anos) 1.094; mulheres de (50-69 anos) 410; gestantes 27 sendo este o total que é acompanhada nos grupos. Menores de 1 ano 41; menores de 5 anos 96; de 5-14 anos 589; de 15-59 anos 2.605; com 20 anos ou mais 2.822. Com 20 anos ou mais com hipertensão 889; e com 20 anos ou mais com Diabetes Mellitus 254. Onde o tamanho do serviço (estrutura e equipe) é adequado para a área adstrita já que o total da população esta distribuída entre as cinco agentes de saúde e cada uma delas tem aproximadamente de 600 a 700 habitantes.

Em minha ESF o acolhimento é coletivo, realizado por toda a equipe de saúde, é mais freqüentemente realizado pela recepcionista e pelo técnico de enfermagem. Toda equipe tem conhecimento necessário para fazer uma avaliação de qualidade e classificação do risco biológico e vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Desta forma, todos os usuários que chegam à Unidade, recebem um bom acolhimento. O acolhimento é realizado todos os dias, razão pela qual não temos excesso de demanda espontânea em nosso serviço e quando algum usuário tem problemas agudos de saúde, solicita sua consulta e é atendido no menor tempo possível. O fator principal para não ter este excesso é a realização do trabalho em equipe na promoção e prevenção de saúde em conjunto com as agentes, através não só das consultas bem orientadas, mas também por meio das visitas domiciliares onde podemos conhecer o modo e estilo de vida de nossa população e assim poder detectar as principais deficiências que podem ser prejudiciais para a saúde e, em função disso, realizar um plano de ações que ajude a melhorar o estilo de vida nas comunidades. É importante o trabalho, fundamentalmente em relação à educação em saúde, para garantir mudanças de hábitos de vida nocivos para mais saudável, prática sistemática de exercícios para

diminuição do peso corporal e eliminação do sedentarismo ganhando assim em qualidade de vida.

A Saúde da Criança forma parte dos grupos prioritários na Atenção Primária de Saúde sendo uma fonte importante na diminuição da morbi-mortalidade infantil a nível mundial, e assim potencializar o desenvolvimento adequado da criança durante os primeiros anos de vida. Os atendimentos na ESF se realizam com uma frequência de 3 dias por semana e em todos os turnos para os grupos etários de menores de 12 meses e de 12 a 23 meses, seguindo o protocolo de puericultura do Ministério da Saúde. Contando com um arquivo específico para o registro dos atendimentos que é revisado periodicamente com a finalidade de revisar as crianças faltosas, verificarem completude de registros, identificação de procedimentos com atraso, identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa, com uma frequência quinzenal. Além disso, em todas as consultas de puericultura falamos com as mães sobre a importância do sistema psicomotor e da realização de estímulos na criança para que tenha um desenvolvimento adequado, os principais riscos pela idade, da alimentação, da importância da saúde bucal, de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e quais são os principais benefícios que recebe a criança por meio do leite materno e da vacinação. É explicado também como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento, assim como quais são as medidas higiênicas- sanitárias que devem manter todos em casa no cuidado do bebê.

Temos como resultados positivos que, neste momento, todas as mães das crianças de nossa área de abrangência, fazem o acompanhamento das consultas em nossa ESF, além das consultas com pediatras. Temos uma cobertura nos atendimentos de 85%, pois, são acompanhadas 41 crianças menores de um ano de um ano de idade, enquanto a estimativa do Caderno de ações programáticas (CAP) é de 48 crianças. Temos ótima qualidade nos registros, planejamento e monitoramento das ações. Importante sinalizar que todas as crianças até dois anos de idades são atendidas de acordo com o protocolo das puericulturas. A grande dificuldade é que só temos controle sobre esse grupo de idade (até dois anos) e as demais crianças até a adolescência não temos registro, apenas nas fichas de atendimentos, sendo importante a realização das puericulturas nestes grupos, já que assim se pode ter uma melhor noção em relação ao crescimento, desenvolvimento psicomotor e nutricional segundo a idade de cada uns deles. Na etapa da

adolescência é fundamental trabalhar também na prevenção, promoção e educação na saúde, com a realização de múltiplas atividades dentro da população onde participe toda a equipe por meio de palestras sobre diferentes temas de saúde como por exemplo: parasitismo intestinal, dengue, HIV, assim como outras doenças de transmissão sexual (tema de muita importância sobre todo na adolescência), doenças diarréicas agudas, desenvolvimento normal segundo o sexo e idade, gravidez na adolescência, entre outras. É importante explicar para este público os conceitos das doenças e assuntos da adolescência, principais cuidados e comportamento de risco, modo de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis, sinais e sintomas de alarme, medidas higiênicas e sanitárias, e tratamento, além de receber as orientações para a prevenção, sendo esta uma forma de educar a população.

A Atenção Pré-natal, da mesma forma que a Saúde da Criança, forma parte dos grupos prioritários em saúde onde se trabalha em função do cuidado e do bem estar materno e fetal. A estimativa do CAP é de 59 gestantes na área de cobertura, mas, apenas 27 são acompanhadas, sendo a cobertura 45%. Na ESF todas as ações de atenção às gestantes estão estruturadas de forma programática já que os atendimentos são realizados todos os dias da semana com a programação dos grupos. Conta-se com o protocolo de atendimento pré-natal do Ministério da Saúde. Dependendo da idade gestacional e possíveis fatores de risco associados às gestante, elas são classificadas de acordo com a avaliação de baixo ou alto risco obstétrico. Recebem orientações de como vai ser o seguimento da gravidez até o fim, por exemplo: em caso das de baixo risco são avaliadas uma vez por mês sempre, considerando a idade gestacional e o tempo em que devem ser realizados os exames de controle; e as de alto risco são avaliadas a cada 15 dias, com o monitoramento do bem estar fetal e da mãe.

Desta forma, trabalhamos nos possíveis fatores de risco que podem aparecer durante a gravidez e tentamos evitar que surjam as complicações, o que é uma forma de diminuir a taxa de morbi-mortalidade materna e infantil e ganhar em qualidade de vida, tanto para a mãe como para seu bebê. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e formulário especial do pré-natal, já que existe um arquivo específico, o que constitui a ferramenta essencial para o médico no seguimento da gestante, porque assim podemos ter um controle e verificar gestantes faltosas a consultas, saber quais são as gestantes com pré-natal de risco

para um melhor seguimento e monitoramento. Além disso, nossa equipe também realiza atividades com os grupos de gestantes no âmbito da ESF, onde estes grupos são realizados em média de uma vez por mês, com a participação de cerca de 88,9% do total de gestantes. Participam do grupo de gestante: Enfermeira, Médico clínico geral ou de Família, Odontólogo e Psicólogo, sempre com um profissional responsável do planejamento, gestão e coordenação do Programa de Pré-natal. Como aspecto positivo, sinalizo que, devido ao bom seguimento e monitoramento da equipe na gestação, é possível diminuir a aparição dos diferentes riscos obstétricos e as complicações, com uma maternidade feliz e criança saudável. Mas contamos com a grande dificuldade de não ter hospital no município, nem ginecologista, estes fatores limitantes fazem com as gestantes muitas vezes, façam acompanhamento fora do município, para assim poder garantir um especialista na hora do parto, mas apesar disso fazemos também o monitoramento do desenvolvimento durante toda a gravidez, com um trabalho intensificado quanto a evolução, educação nutricional e prevenção de doenças.

O Câncer de Mama e do Colo do Útero são duas doenças cujo índice está aumentando nos últimos anos. Em nossa área a cobertura da prevenção do câncer de colo de útero está em 96%, pois, estima-se 1094 mulheres de 25 a 64 anos residentes na área, mas, 1050 são acompanhadas. Apesar de não atingirmos 100%, somos orientadas e reconhecemos a importância da prevenção e diagnósticos precoces. Todas as mulheres da área de cobertura são orientadas para o uso dos preservativos em todas as relações sexuais e se explica a importância do uso. São realizadas ações de educação para a realização periódica do exame preventivo por meio da coleta de exame citológico, ainda que a mesma não é realizada todos os dias da semana e além de não acontecer em todos os turnos de trabalho. O exame é disponibilizado três vezes por semana e seguimos os protocolos de controle para ambos tipos de câncer do Ministério de Saúde e o Instituto Nacional do Câncer.

É de vital importância ter um registro específico onde fiquem arquivado todos os atendimentos e os resultados das mamografias e exames citopatológicos coletados. Desta forma temos um melhor controle das mulheres nas quais o exame deu alterado. É válido sinalizar como um dos aspectos positivos durante este ano de trabalho, o aumento na realização das mamografias e exames citopatológicos, minimizando assim os riscos e aumentando na população a consciência sobre a

importância do trabalho preventivo destas doenças. Obtivemos resultados negativos até o momento em todos os exames. Dentro dos aspectos nos quais se pode trabalhar para melhorar e para ampliar a cobertura e qualidade do controle do câncer do colo do útero e mama seria: aumentar a frequência no rastreamento e coleta de exame citopatológicos, ter um arquivo específico onde se possam ter informações atuais dos resultados das mulheres que se fazem os exames preventivos do câncer de mama. Quanto à cobertura do programa de controle do câncer de mama está em 98%, pois, estima-se 410 mulheres de 50 a 69 anos na área de cobertura, mas, 400 são acompanhadas.

A estimativa do CAP para a UBS é de 889 pessoas com hipertensão, mas, apenas 482 são acompanhadas, sendo a cobertura 54%. Quanto ao diabetes, a estimativa do CAP é 254, mas, 111 são acompanhadas sendo a cobertura 44%. A Hipertensão Arterial (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são duas doenças silenciosas, e o maior risco na população é que não reconhecem que são doenças crônicas que faz parte de suas vidas para sempre. Ressalta-se que estas estimativas envolvem as duas equipes da UBS. Em minha ESF se trabalha na prevenção das complicações e na diminuição dos diferentes fatores de risco, assim como a orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, ações de estímulos à prática sistemática de atividade física, evitar o sedentarismo assim como ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool e tabagismo. Os atendimentos são realizados todos os dias da semana com maior cobertura de assistência nos dias em que são realizados os grupos, onde são dadas palestras sobre todas as possíveis doenças que estão relacionadas com a HAS e DM e como atuar ante elas.

Ademais contamos com o Programa HIPERDIA sendo uma fonte importante para um melhor controle destas doenças, onde uns dos fatores mais difíceis para obter ótimos resultados nesta esfera são as mudanças no estilo de vida e o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, se trabalha em função de melhorar a qualidade de vida da população. A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB). Cabe salientar o cuidado de se fazer o

diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições. É importante o trabalho que se realiza em conjunto com a população, como estratégia, nos dias dos grupos contamos com um educador físico, o qual depois do intercâmbio de ideia entre os usuários e equipe de saúde, praticamos de 30 a 45 minutos de exercício, sendo esta uma alternativa para demonstrar aos usuários que a prática de exercício contribui com o controle de suas doenças, conseguindo desta maneira estimular a população.

A HAS é uma condição, que contribui para efeitos adversos na saúde, incluindo: mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. A DM lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade principalmente por eventos cardiovasculares. Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e à DM em minha ESF são: realizar ações no cuidado aos adultos quanto ao diagnóstico e tratamento de saúde mental, já que o estado emocional pode ter certa influência sobre estas doenças, ter um arquivo específico para os registros dos atendimentos sendo esta uma forma de ter um melhor controle dos usuários e assim saber com mais certeza se tem ou não um alto risco das complicações. Acredito que cada uma das ações que sejam realizadas pelo bem estar da população é o modo de prolongar e proporcionar a todos os usuários uma vida mais confortável e com melhor estilo de vida.

A população brasileira com o passar dos anos tem um alto aumento na longevidade fator este que faz que a pirâmide populacional esteja envelhecida, onde uma grande porcentagem de pessoas tem mais de 70 anos, e por isso não deixam de ser importante em nossas vidas. O foco do trabalho com este público é garantir um envelhecimento saudável com ótima qualidade de vida. Dentro das ações que são desenvolvidas na ESF encontra-se Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, Diagnóstico e tratamento de saúde bucal, mental e tabagismo, Imunizações, Promoção da atividade física, Promoção de hábitos alimentares saudáveis, Promoção da saúde bucal, Promoção da saúde mental. A estimativa do CAP é de 543 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência, nesse caso a cobertura são 100%, pois, 543 idosos são acompanhados na UBS.

A grande dificuldade é que não contamos com um arquivo específico onde fiquem registrados estes atendimentos, o que seria muito importante, já que seria uma fonte de informação onde ficaria registrado cada um dos procedimentos realizados e as condutas seguidas ante qualquer situação. São realizados cuidados domiciliares para todos os usuários idosos que precisem, os quais são realizados por: Agente de Saúde, Assistente Social, Enfermeiro, Médico Clínico Geral ou Família, Psicólogo e Técnico de Enfermagem. Seria muito importante poder contar com uma nutricionista que pudesse fazer uma avaliação para determinar o estado nutricional dos idosos. Além disso, tentamos conscientizar familiares que a idade avançada não é uma doença são anos de experiências que agora precisam de cuidados.

É importante a formação de um grupo de pessoas idosas onde sejam desenvolvidas atividades para estimular aos usuários e desta maneira diminuirmos os riscos que podem aparecer com a idade, e assim proporcionar uma qualidade de vida com bem estar. Uma das estratégias realizadas pela equipe de trabalho é a oficina terapêutica, onde as mulheres podem realizar diferentes atividades como desenhos, confeccionar múltiplos objetos entre outras atividades de promoção de saúde.

Uns dos maiores desafios são termos uma população saudável com uma ótima qualidade de vida e para isso é preciso mudanças culturais e no estilo de vida. O mais importante é ocorram movimentos de mudança no modo e estilo de vida da população, hábitos e costumes, converter a medicina curativa em medicina preventiva, eliminar o uso nocivo de tabagismo e álcool, promover saúde, não só por meio dos profissionais da saúde, também por meio dos usuários que podem transformar-se em promotores de sua própria saúde, assim como eliminar a dependência química a certos medicamentos. É um desafio mais não difícil e nem impossível, estou segura que se pode e para isso temos uma equipe que gosta de trabalhar e cuidar da saúde da população.

Através dos questionários foi possível transmitir a população muitas das informações que eles não conheciam, como por exemplo: A Carta dos Direitos dos Usuários onde ficaram bem explicado quais são seus direitos e deveres. Falamos nos grupos e nas comunidades temas de interesse e de importância em relação à gestão e coordenação de atividades em função da saúde, assim como a realização de ações de saúde pelo bem estar das pessoas, da importância de reconhecer os

sintomas e fatores de risco tanto para as doenças crônicas como pela prevenção do câncer do colo do útero e mama, entre outras atividades realizadas.

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

Uma vez elaborado o relatório com todos os dados e as informações sobre o trabalho que se realiza na ESF, é fácil a comparação entre o relatório e o texto inicial, porque agora estamos melhor preparados e com mais conhecimentos sobre como funciona o sistema de saúde brasileiro. Posso perceber tudo muito diferente, já que para o preenchimento do relatório tínhamos mais fontes de informações, sendo bem identificadas as deficiências e as dificuldades nas quais se pode trabalhar, muito mais organizado com uma ordem lógica e mais acessível, sendo este um fator importante para um melhor trabalho no futuro da saúde pública.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção à saúde e caracteriza-se por atuar tanto com o indivíduo quanto no coletivo. Suas ações têm por objetivo a promoção e prevenção de saúde, diagnóstico e tratamento de doenças. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma estrutura que foi criada para reorganizar a atenção básica de modo a sistematizar e contemplar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se por ter uma equipe bem definida que deve trabalhar na área adstrita a unidade de saúde com atividades planejadas a partir de um diagnóstico comunitário de saúde (BRASIL, 2006).

Na assistência integral à saúde é necessário tratar o indivíduo como um todo e a Atenção Primária à Saúde é que se insere neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbi-mortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível mundial. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Sendo de vital importância o diagnóstico precoce, já que estas doenças podem provocar muitas complicações, e o diagnóstico precoce oferece múltiplas chances de evitar a aparição destas complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização. A

possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo usuário. Há a importância do desenvolvimento destas temáticas na UBS e a transmissão de conhecimentos as comunidades onde todos os usuários podem converter-se em promotores de saúde (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Em nosso município contamos com uma Unidade de Saúde composta por duas ESF (zona urbana e rural), onde cada uma está estruturada da seguinte forma: ESF I caracterizada por ser uma unidade básica de saúde tradicional mista na qual funciona ESF I e UBS com equipe de saúde da família e com a atualização do cadastro da população em 100% neste ano. A equipe é composta por: Auxiliar em saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Assistente Sociais, Enfermeira, Faxineira, Farmacêuticos, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Médico, Motoristas, Psicóloga, Recepcionista e Técnico de Enfermagem. Além disso, contamos com consultórios para os diferentes atendimentos da população como: consultórios (enfermagem, fonoaudióloga, medicina, odontologia e psicologia); cozinha, depósito para o material de limpeza, farmácia, lavagem e descontaminação de material e outra para esterilização e estocagem de material, sala de vacinas; sala de nebulização; sala de curativos e procedimentos; salão de reunião e educação em saúde; sala para almoxarifado que é utilizada para arquivos mortos e armazenamentos dos medicamentos em estoque; sanitário para os funcionários e para a população com as condições necessárias para os deficientes; sala para a recepção, mas não temos abrigo para resíduos sólidos (expurgos) nem sala para os agentes comunitários de saúde.

Na ESF II contamos com a seguinte composição da equipe: auxiliar em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, enfermeira, técnico em enfermagem, técnico de higiene dental. A área física conta com consultórios (enfermagem, médico, odontológico e psicologia), cozinha, depósito para o material de limpeza, sala de vacinas; sala de curativos e procedimentos; farmácia; lavagem e descontaminação de material e outra para esterilização e estocagem de material, salão de reunião e educação em saúde; sanitário para os funcionários e outro para a população com as condições necessárias para os deficientes; sala para a recepção.

Na ESF I contamos com um total de população de 2668 pessoas, destas a estimativa de usuários com hipertensão é 482 (com 20 anos ou mais) e com diabetes mellitus 111 usuários (com 20 anos ou mais). Considerando a população

total da UBS, que é 3976 a estimativa de usuários com hipertensão é 889, mas, apenas 482 (54%) tem cadastro na UBS com acompanhamento realizado no que vai de ano de 391 hipertensos. Quanto ao diabetes, a estimativa é 254, mas, 111 estão cadastrados e o 100% deles foram acompanhados neste ano. Diante destes dados, buscaremos ampliar a cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes em 80%.

Contamos com uma população envelhecida com um baixo nível cultural, com um nível de escolaridade de ensino médio, a maior parte mora na zona rural, sendo a principal fonte de emprego o cultivo da erva mate, com um aumento considerável na população nos últimos meses devido as migrações. Até o momento, temos um bom índice de cobertura nos atendimentos, não temos excesso de demanda espontânea, os atendimentos são realizados nos dois turnos de trabalho por toda a equipe. Os atendimentos são realizados todos os dias da semana com maior cobertura de assistência nos dias em que são realizados os grupos, sendo atendido pelo médico clínico geral ou de família e a enfermagem nas consultas e nos grupos também participam técnicos de enfermagem e agentes de saúde.

Contamos com um protocolo para os atendimentos produzido pelo Ministério de Saúde, são realizadas ações de imunização, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de alcoolismo, de obesidade, de sedentarismo e de tabagismo, sendo usado também os protocolos de encaminhamento para atendimento nas especialidades e para internação hospitalar. Todos os atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial e ficha de atendimento odontológico. Em cada uma das consultas se explica aos usuários as principais formas para reconhecer os sinais das possíveis complicações, para que, desta forma, esteja preparado e tenha um melhor controle de sua doença. O trabalho na promoção e prevenção à saúde realizado pela equipe é excelente, o qual é desenvolvido por meio de atividades de educação em saúde, a prática de exercícios com ajuda de um educador físico, intercâmbio nos grupos de hipertensão e diabetes, educação alimentar e outros.

A realização da intervenção relacionada com a HAS e DM em minha ESF foi escolhida depois de analisada a incidência destas doenças na reunião de equipe onde todos concordaram com o desenvolvimento desta temática. Foi considerada de grande importância devido à alta incidência de hipertensão e diabetes na população da área de abrangência. Além disso, é a ação programática

que mais necessita de investimento neste momento, de acordo com os indicadores de cobertura gerados no caderno de ações programáticas. Conto com a colaboração de toda a equipe a fim de proporcionar uma atenção de qualidade para a comunidade. Acredito que a principal dificuldade a ser encontrada será a mudança no modo e estilo de vida da população com costumes e hábitos alimentares muito diferentes, tratamento farmacológico inadequado, hábito de fumar e outros. Como aspectos a melhorar com este foco de intervenção espera-se que tenhamos uma redução na incidência de hipertensão e diabetes, redução das complicações cardiovasculares e outras, educação da população para manter uma alimentação saudável, aumentar a qualidade de vida dos usuários, com um modo e estilo de vida adequado.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Novo Barreiro, Novo Barreiro/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Metas:

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.

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

Metas:

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.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

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.

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

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 área da equipe da ESF I Novo Barreiro, Novo Barreiro/RS. Participarão da intervenção todos os usuários cadastrados com HAS e DM de nossa UBS. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica 36 (BRASIL, 2013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidos metas e ações, o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (anexo B), será feito no momento da consulta, para o registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (anexo C). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

2.3.1 Detalhamento das ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento das ações será feito com avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais, que são realizados na ficha de atendimento própria da ESF, livro de registro do Programa Hiperdia (hipertensão e diabetes), cartão de vacinação, livro de registro odontológico, livro de registro das visitas domiciliares, ficha espelho (a ser implantado), SIAB, e ainda será desenvolvido um *check list* para facilitar as informações a serem colhidas, conforme as metas e indicadores estabelecidos para intervenção.

Para ampliar a cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos, buscando a meta de que 80% dos hipertensos e diabéticos cadastrados realizem sua primeira consulta, será providenciado o cadastramento da população de hipertensos e diabéticos da área adstrita e priorizando o seu atendimento. O Monitoramento da cobertura dos hipertensos e diabéticos será semanal, já que durante reunião da equipe, serão discutidas com os ACS as visitas da semana e se descobrirem algum caso novo de algum usuário que não estiver cadastrado este será encaminhado para consulta do médico clínico geral na próxima quarta-feira de cada semana, pois este é o dia que corresponde a consulta de hipertensos e diabéticos. Em caso de algum usuário já com hipertensão ou diabetes com cadastrado deverá ser encaminhado de imediato a consulta e se por acaso apresentar resistência será realizado visita domiciliar pela enfermeira ou pelo médico a fim de convencer este usuário. Em caso de alguma dificuldade que o mesmo apresente o ACS deverá agendar consulta médica para a semana seguinte. Nesta mesma reunião serão repassados nomes dos usuários que faltaram na consulta da semana ou na reunião coletiva para que sejam visitadas de imediato.

Durante a 1ª consulta médica de hipertensos e diabéticos será orientada a realizar a medida da pressão arterial, sempre explicando os benefícios da realização da mesma; monitorar a realização de pelo menos um exame de glicose por semestre em todos os usuários, questionando a realização a cada consulta, registrando a realização na ficha de acompanhamento.

O ACS deverá estar informado às datas e horários de realização do exame para informar aos usuários e será orientado a investigar e estimular a realização da atividade física saudável durante a visita domiciliar. O exame de glicose e da

pressão arterial do usuário deverá ser realizado em todas as consultas ou quando o usuário apresentar alguma queixa e monitorar a realização de pelo menos um exame de glicose capilar, acompanhando o registro de realização na ficha de acompanhamento mensalmente.

O monitoramento das ações também deve estar voltado para realização da prescrição de uma alimentação saudável, prática de esporte acompanhando os registros de prescrição na ficha de atendimento mensalmente. Será investigado a identificação de problemas no agendamento, realização e devolução do resultado dos exames; demandar aos gestores municipais agilidade no atendimento dos usuários.

Os usuários devem ter prioridade no atendimento, principalmente, nas intercorrências. Os profissionais responsáveis pela realização da consulta devem monitorar a prevalência de intercorrências dos mesmos atendidos com o menor tempo possível, todos os atendimentos a intercorrências dos casos de HAS e DM deverão ser registrados na ficha de atendimento, facilitando o monitoramento.

Logo no primeiro contato com o usuário, deve ser solicitado o cartão de vacina para investigação das doses, explicando os benefícios da vacinação e os possíveis efeitos da não vacinação; os ACS devem investigar a vacinação no cartão da vacina durante a visita domiciliar. Buscaremos ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal, buscando a meta de que 100% dos casos tenham pelo menos uma consulta de saúde bucal.

No eixo de organização do serviço, será providenciado que todos os usuários durante a 1ª consulta de HAS e DM no seguimento deverão ser encaminhados a consulta odontológica, sempre explicando a necessidade da realização, os benefícios e os malefícios da não realização; monitorar a realização de avaliação de saúde bucal em todas os casos de com acompanhamento mensal dos registros do consultório odontológico; o ACS durante a visita domiciliar deverá investigar a realização da mesma, enfatizando os benefícios; o ACS deve estar informado das datas e horários das consultas para informar aos hipertensos e diabéticos e facilitar o acesso.

Todos os hipertensos e diabéticos deverão receber visita domiciliar pelo menos uma vez ao mês onde se fará um controle dos mesmos na ficha de atendimento individual. Contamos com o apoio de toda a equipe de saúde da ESF para fazer um registro específico com o cadastro do total de usuários hipertensos e

diabéticos cadastrados na área de abrangência da ESF para monitoramento e avaliação destas doenças uma vez por mês o responsável será a médica da ESF.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

A organização e gestão do serviço na unidade básica de saúde vai estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais para poder garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. A identificação individual e específica por cada agente de saúde das causas e motivos de algum problema no cadastramento assim como nas reuniões da equipe todas as últimas quintas feiras do mês se fará a identificação da solução do problema existente na semana. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos às consultas. Os agentes comunitários de saúde vão organizar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos além de fazer agendamento de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A equipe básica de saúde completa se encontra realizando identificação, organização e monitoramento e buscando as informações de cada integrante irão priorizar o atendimento dos usuários avaliados, como os de alto risco, e organizar a agenda para o atendimento desta demanda para assim melhorar o acolhimento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes além de acolhê-los provenientes das buscas domiciliares. A enfermeira vai implantar a ficha de acompanhamento e sempre garantir todo material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde antes da consulta dos diabéticos além de sempre realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter o registro das necessidades deles para o grupo de Hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

A médica definirá as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos onde pactuará com a equipe o registro das informações e definir o responsável pelo monitoramento dos registros e manter as informações do SIAB atualizadas. Também fará a organização de 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.

Durante a consulta médica será garantida a solicitação dos exames complementares e organizará práticas coletivas para orientação de atividade física. As atividades de educação em saúde serão feitas na recepção da ESF, nas escolas, na comunidade sempre todas as terça feira de cada semana onde se realizará durante as palestras educativas check-up da pressão arterial, glicose, peso entre outras atividades de promoção de saúde e práticas coletivas sobre alimentação saudável, sua organização é feita mediante a realização do questionário onde se avalia o nível de conhecimento dos usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

A equipe de saúde fará a identificação desta ação com ajuda dos prontuários médicos, cartão de cada usuário, no atendimento odontológico e através de outros documentos no atendimento na ESF onde vão informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Além de informar sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. A equipe tem se esforçado para acompanhar e monitorar esses usuários com a formação de grupos para praticar atividades físicas, palestras entre outras contribuições além dos aconselhamentos. Na comunidade nossa equipe de saúde conta com líderes formais e informais que em conjunto com todos estamos fazendo um diagnóstico das principais complicações existentes nos usuários e identificando alternativas e soluções das mesmas.

A médica fará uma orientação a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg além de informar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e palestras educativas em relação 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, orientando os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. A equipe de saúde sempre vai esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) informando aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, também orientando aos hipertensos e

diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular e sobre a importância da higiene bucal.

Os agentes comunitários de saúde orientarão os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas esclarecendo aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas além de 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 onde também se informara aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Orientará aos usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e se ouvirá a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos)

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Para fazer a prática clínica da intervenção deve ser feita uma capacitação da equipe da unidade de saúde pela médica. A capacitação vai ser feita durante as primeiras três semanas do começo da intervenção e vai ser feita na sexta feira de cada semana, onde serão realizada a capacitação, sendo discutidas outras temáticas sempre durante as reuniões da equipe. As orientações da capacitação vão encaminhadas sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, sobre a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas, sobre oferecimento de orientações de higiene bucal.

A equipe será capacitada ainda para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, sobre a importância da realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg a realização de exame clínico apropriado, sobre a importância do registro desta avaliação e em quanto as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis além de uma capacitação para a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do

hipertenso e diabético, sendo utilizado como apoio o caderno de atenção básica sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Estamos buscando aprimorar o total de variáveis dos usuários que tem essa enfermidade. Com a realização das diversas atividades educativas buscamos diminuir a aparição das complicações mediante a eliminação dos fatores de riscos. Com o diagnóstico confirmado de tal complicação, podemos fazer por onde melhorar o tratamento dos usuários com tratamento adequado melhorando a qualidade de vida assim como baixando a mortalidade dos usuários. Para melhorar o atendimento é preciso ter uma alta taxa de cadastramento e monitoramento desses usuários. Também vai ser feito uma capacitação para os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.2 Indicadores

Metas relativa ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 1.1. Cadastrar 80% 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 80% 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.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporções 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.

Metas relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos utilizar os cadernos de atenção básica 36 e 37 Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2006 e 2013, sendo este um material que temos disponível na unidade de saúde para toda a equipe. Serão utilizadas as fichas de todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência, além dos casos novos identificados, estas fichas serão utilizadas segundo a programação das consultas agendadas pelo enfermeiro responsável de acordo com o médico, as quais estarão disponibilizadas no registro específico, situado na recepção da unidade. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos três meses. Após, fará a classificação de risco e a partir dali será realizada a programação das interconsultas com os especialistas ou pelo médico da área para determinar a conduta a seguir.

Para o cumprimento de todos os objetivos do projeto de intervenção na minha ESF contamos com o apoio da equipe e as agentes de saúde para a realização do cadastro de 80% dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, assim como dos casos novos e a busca dos casos faltosos às consultas. Para a realização destas atividades, primeiramente, vamos fazer um registro específico em um caderno e as fichas já existentes de todos os casos segundo a incidência e a prevalência na população, apoiando-nos nas fichas disponíveis na ESF, as quais estão arquivadas no registro situado na recepção da Unidade, onde contamos com aproximadamente 90% destas fichas já elaboradas, e no registro das novas migrações pela área, sendo estas fichas nossa principal fonte de informações para ter um conhecimento mais completo da população. Para o acompanhamento mensal

da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso (Anexo B) e Ficha Espelho (Anexo C).

Uma vez feito o acolhimento dos usuários na ESF, será explicado como será o horário dos atendimentos nos dois turnos de trabalho, onde os usuários são classificados pela enfermagem no momento da triagem (esta profissional será a responsável pelo cadastro e acolhimento dos usuários, de hipertensos e diabéticos, acompanhamento dos casos novos e os faltosos às consultas, além daqueles casos que nunca procuram a unidade de saúde). Será realizada avaliação do risco onde se recolherá a informação sobre a frequência em que assistiu a consulta, o tempo que faz desde a última vez que assistiram a consulta, tempo de realização dos últimos exames complementares, assim como a inter-consulta pelo especialista segundo sua categoria de risco. Todas estas informações serão coletadas num registro específico para os hipertensos e diabéticos e depois agendadas as consultas segundo a data da última avaliação feita pelo médico, sendo registrada esta informação no caderno da enfermagem responsável e na ficha ou prontuário do usuário, disponível no arquivo que se encontra na recepção da unidade de saúde.

O agendamento das consultas levará em conta a idade, fatores de risco (ambientais e sociais), sistematicidade as consultas e prevenção das possíveis complicações. Em cada uma das consultas será feito um exame físico completo com avaliação de todos os parâmetros, onde se determinará o IMC de todos os usuários para assim ter uma ideia mais completa da população segundo a classificação em: normopeso, sobrepeso e obeso. Todas estas informações ficarão registradas no prontuário do usuário, sendo anexado todo o monitoramento recebido pelo usuário e os atrasos das consultas e a data da próxima avaliação.

Os ACS receberão uma capacitação que será conduzida pelo médico, por meio de palestras, painel, e apresentação de Power Point, para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da ESF, para identificar a categoria de risco e a necessidade de solicitação e realização de exames complementares. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Onde cada membro da equipe estudará uma parte dos cadernos básicos de atenção para os usuários diabéticos e hipertensos e exporá o conteúdo para os outros membros da equipe, apoiando se no material que temos disponível na unidade de saúde.

Haverá ainda treinamento e capacitação para medir a pressão arterial e fazer teste de HGT nos usuários diabéticos para os profissionais da equipe que podem realizar esta ação, aproveitando-se dos mesmos espaços das reuniões das equipes. Sendo importante monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde para dar cumprimento a esta ação, o médico realizará uma reunião quinzenal, onde vai ser revisado por parte de toda a equipe e discutido nas reuniões os resultados alcançados no trabalho realizado nesse período, e será elaborado um plano de ações para alcançar as metas propostas, que será anotado em um caderno de responsabilidade do médico, de todos os registros para avaliar a qualidade e organização do trabalho feito pela equipe e assim ter uma ideia de como está sendo desenvolvido o trabalho.

Para monitorar o acesso aos medicamentos serão garantidos os medicamentos na própria ESF, eles receberão os medicamentos a cada mês nos grupos ou na farmácia popular tendo em conta o tempo de abastecimento da farmácia da unidade de saúde, assim como será estabelecida o meio de comunicação com a farmácia do município para conhecer a disponibilidade de medicamentos que não estão disponíveis na ESF. Cada usuário terá um cartão de controle dos valores de pressão arterial, HGT para os usuários diabéticos e de medicamentos que serão analisadas todos os meses pelos ACS, médico e enfermeiro, estes medicamentos serão controlados pela farmacêutica da unidade de saúde, que fará um estoque, segundo o total dos usuários diabéticos e hipertensos que tenha na área de abrangência, também fará o pedido do tratamento tendo em conta as doses mensais por cada um deles.

A rádio local será utilizada como principal fonte de comunicação social para a população, onde será realizada a divulgação de informações da intervenção e da Unidade e será recebido perguntas por telefone durante a programação. Para conquistar os objetivos propostos é muito importante a participação ativa da comunidade, faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas e nos centros de tradições gaúchos da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação da população e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de um controle correto da pressão arterial e a glicemia e da importância de realizar mudanças no modo e estilo de vida.

A equipe toda tem a responsabilidade de realizar as atividades de prevenção e promoção de saúde aos grupos de HAS e DM sobre a importância do exercício físico regular para redução da obesidade, o sedentarismo, o risco cardiovascular, e outros, além de uma alimentação saudável, dos riscos do tabagismo, para ter uma melhor qualidade de vida, sendo utilizado como meio de apoio folhetos e literatura disponível na unidade de saúde, com uma periodicidade mensal, sendo responsável desta atividade o médico e enfermeira da equipe, e para a divulgação na rádio contamos com a participação do secretário de saúde e uma enfermeira que serão os responsáveis de transmitir às informações a população, com uma frequência mensal.

Cada uma das atividades realizadas pela equipe em conjunto com as agentes de saúde serão feitas nas comunidades por meio de atividades de educação em saúde, grupos, visitas domiciliar e outros. Também serão realizadas atividades físicas com a participação de um educador físico. As palestras serão realizadas mensalmente nos diferentes grupos e nas comunidades sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, fatores de risco próprios das doenças e das associadas com ela, as possíveis complicações, como fazer mudanças no modo e estilos de vida da população, como realizar diferentes tipos de atividade física saudável, todas estas informações serão disponibilizadas pelo médico e enfermeira, com uma periodicidade mensal.

Para melhorar a qualidade dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos serão desenvolvidas todas estas atividades pela da equipe, através dos cadastros. O médico realizará as consultas clínicas e estratificação de risco para HAS e DM com uma frequência semanal para consolidação das informações coletadas.

Para o cadastro e monitoramento de 80% dos hipertensos e diabéticos na ESF toda a equipe estará envolvida em conjunto com as agentes de saúde, tendo como principais responsáveis o médico e enfermeira que ficarão na supervisão das atividades desenvolvidas a cada dia.

Para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS, assim como para a realização de exames complementares aos 80% dos usuários, com uma periodicidade de 4 meses, contamos com o apoio da prefeitura que será a responsável do financiamento do laboratório para a realização dos exames laboratoriais com a periodicidade estabelecida pelo programa, assim como

o apoio da secretaria de saúde para o transporte dos usuários para os atendimentos com os diferentes especialistas para o controle. Sendo responsável do cumprimento do monitoramento e avaliação o médico e enfermeira.

Para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa e a busca dos faltosos às consultas, contamos com as ACS, médico e enfermeira os quais realizaram esta atividade por meio das visitas domiciliares, onde serão visitados os usuários com estas doenças e identificados os casos novos na área. Na realização dos grupos mensalmente terá um registro onde ficaram identificados os usuários que não assistem a consulta segundo o estabelecido, sendo este um recurso a usar para a identificação dos faltosos.

Para melhorar o registro das informações vai ser utilizada uma planilha de coleta de dados. Iremos registrar todos os atendimentos que o usuário recebeu, e que se tem pendente, a programação das consultas e realização dos exames, assim como a data da próxima consulta de controle para avaliação, sendo responsável desta atividade o médico e enfermeira.

Em relação ao mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, vai ser realizada a estratificação de risco de 100% dos usuários com estas doenças e avaliados pelo especialista, onde uma vez identificados com de baixo ou de alto risco serão programas a periodicidade das consultas.

Quanto à realização das atividades de prevenção e promoção de saúde estará envolvida toda a equipe com a participação das ACS, onde serão dadas nas visitas domiciliares e nos grupos as orientações para manter um modo e estilo de vida saudável, e da importância do cumprimento das orientações dos profissionais da saúde.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A realização desta intervenção tem sido um grande desafio, pois, como profissional da saúde foi a minha primeira experiência trabalhando com uma população totalmente diferente do que eu já conhecia, com características muito diferentes, costumes, modos e estilos de vida. Mesmo assim, conseguimos realizar cada uma das ações programadas na atenção aos hipertensos e diabéticos que estavam previstas no projeto. Senti-me entusiasmada com a intervenção e mesmo com muitas dificuldades para cumprir o cronograma acreditamos que sempre houve um balanço positivo ao obter os resultados esperados na melhora da atenção destes usuários.

Primeiramente realizamos uma reunião com a equipe para organizar e orientar como seria realizada a intervenção, uma das ACS, esteve ausente, mas após se incorporou ao projeto. Além dos ACS também participaram o secretário da UBS, enfermeira, a técnica de saúde bucal e as técnicas de enfermagem, além de contar com o apoio das autoridades do município, foi motivadora a presença de todos, e o interesse que mostraram, esclarecemos dúvidas, trocamos informações e consideramos muito prudente a capacitação.

A capacitação da equipe foi referente a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, com o auxílio de slides apresentamos os aspectos mais relevantes destas doenças centrado o tema na importância do diagnóstico precoce, os fatores de riscos, possíveis complicações que podem aparecer a curto, meio e longo prazo o cumprimento do tratamento farmacológico e não farmacológico, além da importância do acompanhamento. Foram abordados ainda temas relacionados ao porque dos usuários não comparecem com a frequência estabelecida as consultas, pois alegam a falta de medicamentos e à demora em ser atendidos.

Durante a intervenção fizemos o monitoramento do preenchimento das fichas espelho, da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos, analisamos também os registros dos ACS, os cadastros obtidos na consulta médica e os feitos pela enfermeira nas consultas diárias e nas visitas domiciliares.

As informações de todos os usuários com consultas realizadas foram registradas na ficha espelho ficando também agendadas as consultas seguintes, o maior fluxo de atendimentos ocorreu nas quartas feira que é o dia destinado para o atendimento de hipertensos e diabéticos, e em menor quantidade o restante dos dias onde estes usuários eram atendidos na demanda espontânea. A maioria dos usuários realizou a consulta médica, pois a enfermeira esteve ocupada em alguns momentos mesmo assim ela contribuiu comigo em parceria com a técnica de enfermagem e as ACS e assim fizeram um esforço para o trabalho sair o melhor possível, realizamos visitas domiciliares aos usuários faltosos a consulta.

No transcurso das semanas fizemos visitas aos diabéticos e hipertensos com consultas atrasadas, os quais alegaram não ter comparecido a consulta por não ter a medicação na UBS e por sentirem-se bem. Explicamos que a consulta não é só para pegar o remédio e sim para fazer uma avaliação completa de seu estado de saúde esclarecer as dúvidas, dar orientações sobre como manter uma alimentação saudável com os alimentos que deve comer, que devem realizar caminhadas como mínimo 30 minutos por dia para evitar o sedentarismo, conseguimos convencer eles e aceitaram em ir as consultas na UBS com mais frequência, também visitamos outras usuárias idosas que moram sozinhas e deficientes visuais que foram muito gentis e ficaram muito gratos com nossas visitas .

Realizamos ações de promoção da saúde com a comunidade expondo o objetivo da intervenção. Também fizemos atividades de promoção de saúde com os idosos, realizando testes rápidos de glicose e aferindo a pressão de todos eles. Fizemos uma busca ativa de hipertensão aferindo a pressão de todo usuário maior de 20 anos que esteve na UBS. A seguir apresentamos algumas figuras das atividades educativas.

Foram avaliados todos os usuários durante as consultas, realizando exame clínico completo e registrando na ficha de acompanhamento seguindo o protocolo da atenção básica.

A principal dificuldade encontrada durante a intervenção foi o desconhecimento e desinformação da população em relação aos principais fatores de risco evitáveis e não evitáveis de suas doenças, como prevenir, o que fazer para evitar a aparição das possíveis complicações, e como modificar estilos de vida com o cumprimento de hábitos de vida mais saudável para obter uma melhor qualidade de vida por isso discutimos as informações por meio de jogos, completarem frases, mesas de intercambio e outros, sendo uma experiência única segundo manifestaram os participantes.

Uma grande limitação foi o fato desde o início que muitos usuários não assistiam as consultas sobre educação em higiene e saúde bucal, além da avaliação odontológica, os quais referiam que não precisavam, sendo isto um fator que dificultou um pouco a correta avaliação dos usuários inicialmente. Nas visitas domiciliares realizadas pela equipe em conjunto com as ACS, foi explicada a importância desta avaliação e do cumprimento das orientações, os resultados foram muito positivos porque buscamos aumentar o número de usuários a estas consultas.

Outro problema que enfrentamos inicialmente foi à falta de medicamentos na UBS, situação que foi possível resolver na medida em que avançamos com a intervenção, após os gestores tiveram conhecimento do projeto no município e se estabilizou.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.

Durante a realização do projeto de intervenção graças ao apoio de todos de maneira geral equipe de saúde, ACS, autoridades do município, secretaria de saúde e população, todas as ações propostas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta de dados tivemos dificuldades no começo no cálculo dos indicadores, pois a estimativa de hipertensos e diabéticos de acordo com a população estimada maior de 20 anos é muito alta. A coleta de dados ao início foi um pouco difícil, pois inicialmente contávamos com um subtotal da população que não era a real, razão pela qual não contávamos com a informação correta da totalidade dos hipertensos e diabéticos, até que foi feita uma pesquisa de toda a população, mesmo assim trabalhamos muito para chegar aonde chegamos além de precisar de mais ACS, precisávamos de 9 ACS, e só contávamos com 5 sendo este outro fator que dificultou, pois a área de cobertura da UBS está muita dispersa e há grande rotação de moradores e usuários.

Também tive um grau influencia pela redução das semanas da intervenção, já que foi um projeto programado para ser feito em 16 semanas, o qual foi reduzido a 12, sendo esta outra razão pela qual tivemos que aumentar o numero de atendimentos de usuários por dia, ao igual que as atividades a realizar pelo cronograma, para assim poder alcançar a cobertura proposta.

Apesar das limitações encontradas graças ao esforço da equipe e as ACS conseguimos uma cobertura do programa da atenção ao hipertenso de 81,5% e dos diabéticos 100 %, sendo este um resultado satisfatório.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Mesmo com os indicadores baixos ao início do projeto e redução das semanas de trabalho, graças ao esforço de todos conseguimos melhorar a ação programática com a satisfação que pelo menos conseguimos plantar a semente e que posteriormente serão colhidos ótimos frutos como a melhoria da qualidade dos atendimentos na UBS e sua incorporação na rotina dos serviços, seguindo os protocolos na tentativa de ter mais organizada as ações programáticas. Além de continuar trabalhando para dar soluções as dificuldades encontradas.

Finalizando destaque que o desafio valeu a pena, pois hoje podemos desfrutar de nosso triunfo, pois, nossa população foi motivada com nossas atividades de promoção de saúde e incentivamos uma participação mais ativa na sua saúde, para

poder ter uma melhor qualidade de vida, razão pela qual acho que com a continuidade do trabalho poderemos manter os resultados alcançados.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Neste item serão abordados os resultados obtidos ao longo dos três meses (12 semanas) de intervenção para cada meta. A análise dos resultados foi realizada após o término da intervenção, teve como subsídio a planilha de coleta de dados, e os dados da ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização da Universidade Federal de Pelotas – UFPel. Frente aos dados realizou-se a avaliação dos indicadores propostos no projeto da intervenção, baseados nos objetivos e metas.

A intervenção objetivou a melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na ESF I Novo Barreiro, situada no município de Novo Barreiro/RS. A população total da área adstrita à ESF I é 2.668, a estimativa da planilha de coleta de dados (VIGITEL, 2011), é de 482 pessoas com hipertensão e 111 com diabetes. A meta estimada para alcançar na intervenção foi 80% de cobertura neste programa.

Um projeto de intervenção deve ser compreendido e desenvolvido como ação conjunta, partilhada entre o coletivo de trabalho, trata-se, de um projeto que desde sua proposição, passando pela elaboração e desenvolvimento, ocorre com o coletivo. Desse modo, podemos criar formas de concretizar/vivenciar os princípios da gestão. Além disso, consiste na identificação inicial dos problemas ou situações problemáticas para posteriormente elaborar um grupo de ações e soluções.

No transcurso da intervenção foi avaliado um grupo de indicadores. O primeiro objetivo foi ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% dos hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da ESF I Novo Barreiro. Conforme é possível observar nas figuras 1 e 2, essa meta foi alcançada. Portanto, o número total de hipertensos acompanhados no programa da unidade de

saúde, em cada mês da intervenção foi, mês 1- 96 (19,9%), mês 2 -212 (44%), mês 3 393 (81,5%) e diabéticos mês 1- 67 (60,4%); mês 2- 100 (90,1%); e mês 3- 111 (100%).

Observou-se durante o trabalho um aumento do número atendimentos no programa mês a mês. A razão para este aumento no número de atendimentos realizados a cada mês foi uma decisão tomada por toda a equipe em reunião, onde foram realizados cálculos, e com ajuda da enfermeira foi decidido que deveria aumentar o número dos atendimentos aos hipertensos e diabéticos, a fim de atingir a meta de cobertura, visto que a intervenção estava anteriormente prevista para 16 semanas e foi reduzida para 12 semanas, devido ao período das férias. Sendo de grau importância sinalar que todos os resultados alcançados foram pela organização e apoio de toda a equipe, assim como da adesão da população. Com uma media de atendimentos diários de 7 a 8 usuários entre a sessão da tarde e da manha para uma media por semanas de 40 a 50 usuários, onde os atendimentos eram realizados por toda a equipe envolvida no projeto durante a intervenção, sendo utilizados os dados dos usuários atendidos durante a intervenção que residem em nossa área de abrangência.

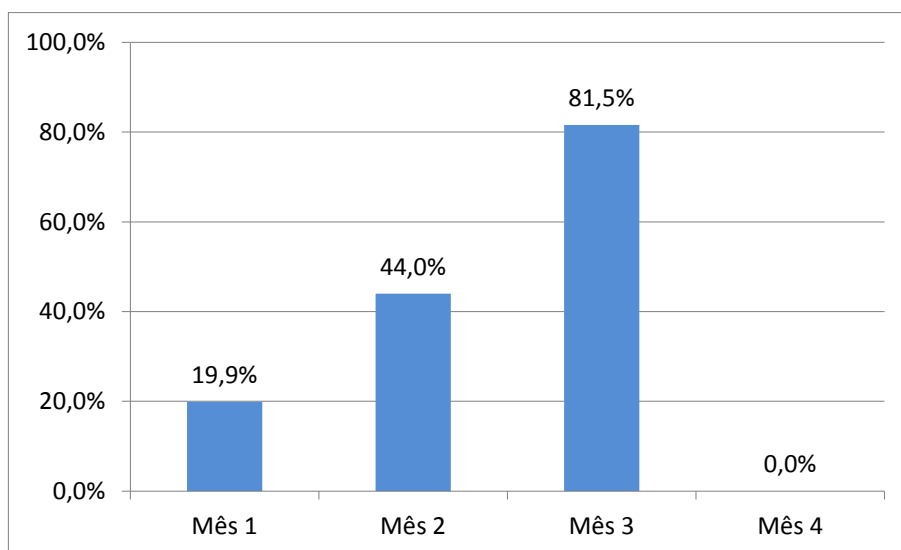


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

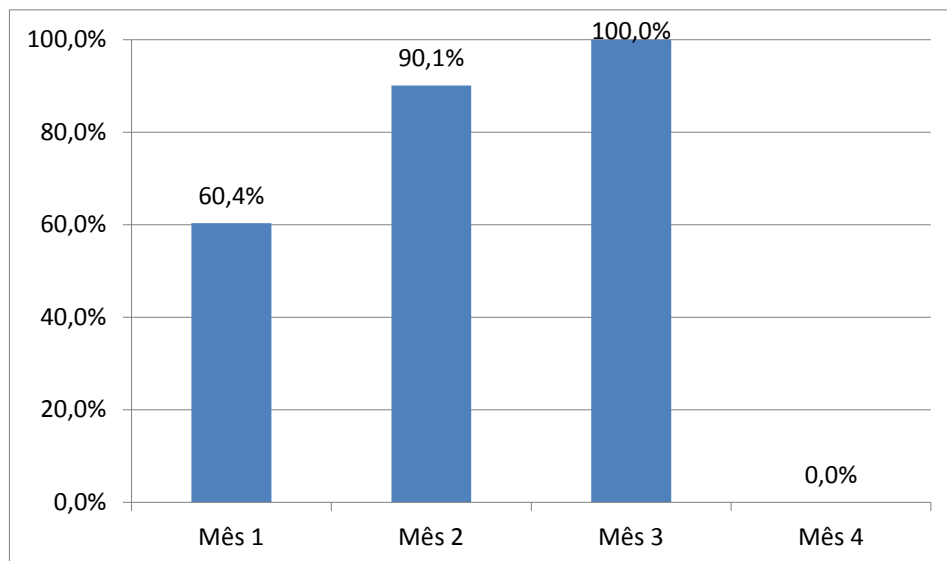


Figura 2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

Com relação aos exames clínicos em dia de acordo com o protocolo de hipertensão e diabetes mellitus pôde-se observar que houve um crescente índice durante a intervenção tanto na população de hipertensos como diabéticos. Os resultados de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo foram respectivamente de 88 (91,7%), 205 (96,7%) e 385 (98%) conforme se pode observar na figura 3. Em relação aos diabéticos foram acompanhados no mês 1- 64 (95,5%), no mês 2- 96 (96%) e no mês 3- 108 (97,3%), resultados que contribuirão positivamente, já que permitiu fazer um melhor diagnóstico e determinar a causa da descompensação de muitos pacientes; assim como da presença de alguma das complicações para reajuste do tratamento e melhor controle.

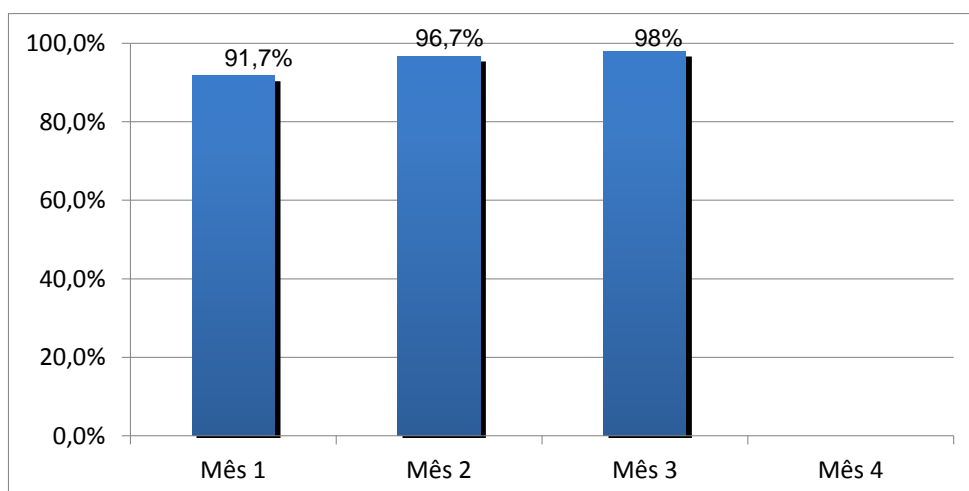


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

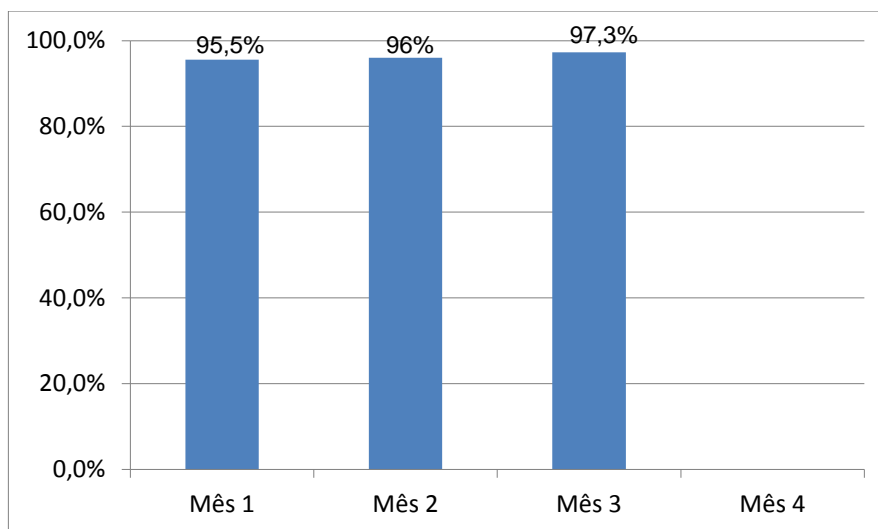


Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

Conforme os dados representados nas Figuras 5 e 6, pode-se constatar, que houve um percentual de hipertensos com exames complementares em dia no primeiro mês foi 91,7% para 88 hipertensos e no segundo e terceiro meses foram de 96,7% para 205 e 98% para 385 respectivamente, conforme figura 5. O percentual de diabéticos com exames complementares em dia no primeiro mês foi 95,5% para 64 diabéticos e no segundo e terceiro meses foram de 96% para 96 e 97,3% para 108 respectivamente, conforme figura 6. Todos os resultados foram alcançados pela persistência e trabalho em conjunto da equipe e a população, contribuindo coma promoção da saúde da população, assim como estimular o estilo de vida saudável. Netos momentos temos usuários que não tem os exames complementares em dia, devedo a que muitos assistem as consultas na UBS recebem as requisição dos exames e como tem planos de saúde com atendimentos em consultas privadas não retorna novamente a consulta com os resultados e em nosso registro fica que não estão em dia.

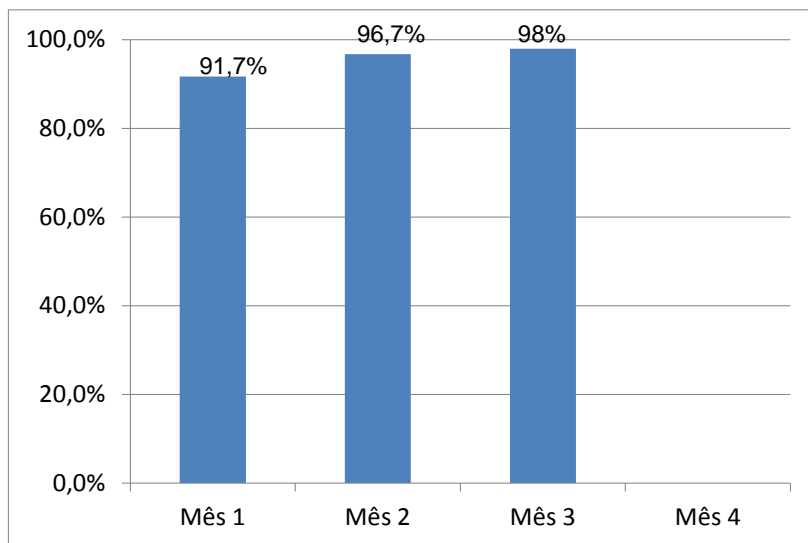


Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

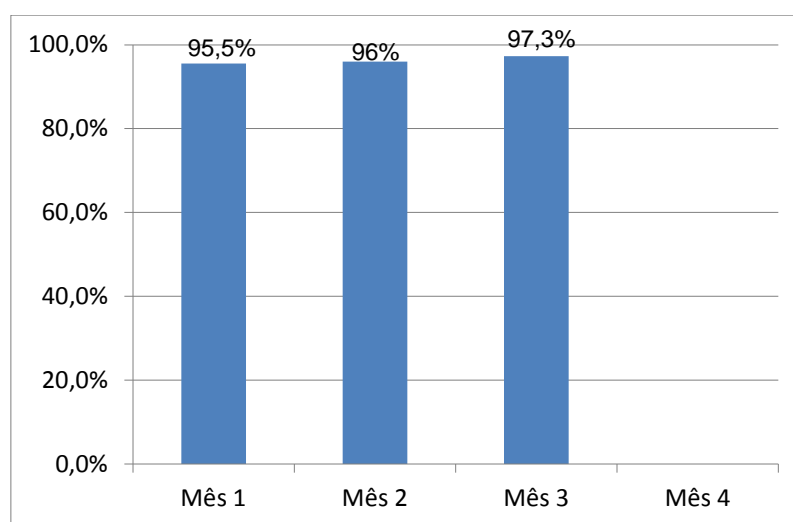


Figura 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

Quanto à proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada não alcançamos a meta de 100% em todos os meses da intervenção. No que diz respeito à hipertensão, o número de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, no mês 1 foi 94(100%), mês 2- 208 (99,5%) mês 3- 391 (100%), para diabetes, nos meses 1- 66 (100%), mês 2- 98 (99%) e no mês 3- 110 (100%).

Esta diferença foi porque neste grupo existem usuários que não utilizam medicamentos da farmácia popular, já que realizam o controle por meio de uma dieta balanceada com frutas e vegetais, além da prática diária de exercício físico, sendo importante para manter o controle da HAS e DM dentro dos parâmetros

normais, além de prevenir algumas complicações, onde nesta parte tem um papel fundamental não só o usuário também os profissionais da saúde nas orientações médicas diárias, em consultas, visitas domiciliares e outras atividades com a comunidade. Apesar do resultado, reconheço que precisa fortalecer mais as ações de educação em saúde.

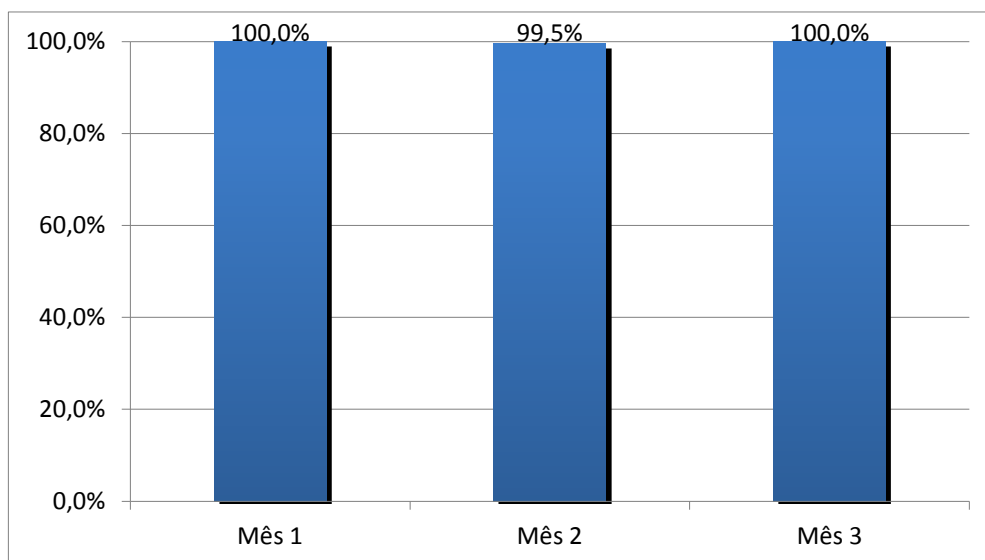


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

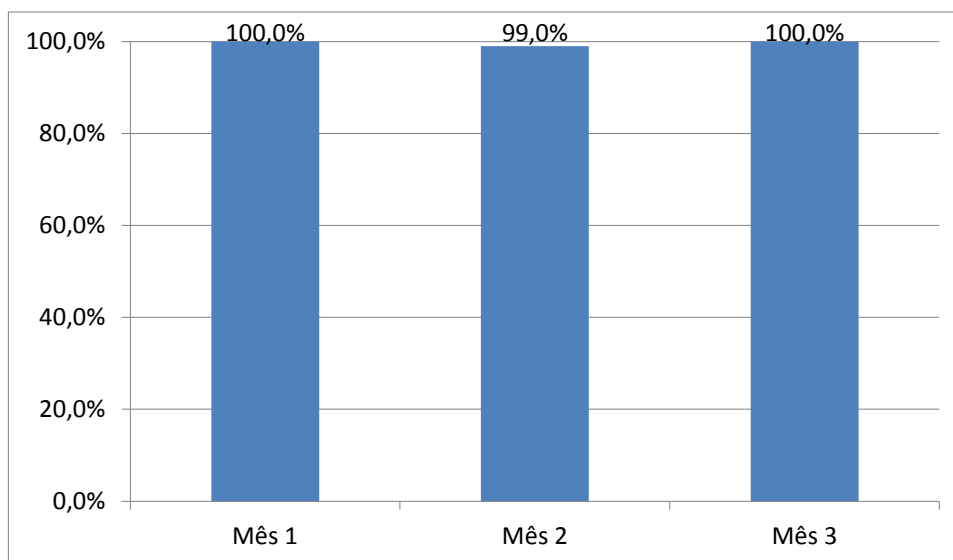


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

Em relação à proporção dos hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico alcançamos 100% em todos os meses da intervenção sendo respectivamente os atendimentos a cada mês: 94 (100%), 209

(100%) e 391 (100%) relacionados às pessoas com hipertensão; e 66 (100%), 99 (100%) e 110 (100%) relacionado às pessoas com diabetes nos três meses, respectivamente. Estes resultados foram alcançados devido ao esforço e trabalho da equipe. Em conjunto com a auxiliar de odontologia e a odontóloga da equipe de saúde. Onde a avaliação da necessidade dos atendimentos odontológicos foi realizada tendo em conta o grau número de complicações respiratórias, cardiovasculares e outras que podem ser provocadas por bactérias ao nível da região bucal devido a dentes em condições inadequadas, constituindo esta avaliação uma maneira de prevenir a aparição destas complicações.

Antes da intervenção, existia um grande número de hipertensos e/ou diabéticos que não assistiam às consultas e não tinha um controle adequado de suas doenças. Esta percepção foi levada à reunião de equipe, onde foram discutidas estratégias de superação. Uma das propostas foi realizar atividades nas comunidades que estimulassem a sensibilização dos usuários para comparecer às consultas. Foi realizada também capacitação dos ACS para a busca ativa dos usuários faltosos por meio de visitas domiciliares. Podemos observar o sucesso destas estratégias, pois, nos 3 meses de intervenção conseguimos realizar busca ativa a 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, onde no primeiro mês foram 49 hipertensos, no segundo mês 51 e no terceiro mês 52; sendo de igual forma para os usuários diabéticos que no primeiro, segundo e terceiro mês foram 24 faltosos, todos receberam busca ativa.

O registro adequado das informações constitui a parte fundamental do monitoramento da atenção, razão pela qual graças ao registro adequado dos hipertensos e diabéticos de nossa ESF conseguimos bons resultados, como pode ser visto nas Figuras 9 e 10, onde obtivemos os seguintes resultados: 92 (95,8%), 207 (97,6%) e 389 (99%) hipertensos e 64 (95,5%), 97 (97%) e 108 (97,3%) diabéticos. Apesar de alcançarmos bons números nesta meta devemos trabalhar mais para melhorar estes resultados fazendo uma nova revisão dos registros feitos identificando os usuários com deficiência nos registros. Os percentuais obtidos nos indicadores que tratam dos registros adequados de hipertensos e diabéticos são frutos da capacitação da equipe, da organização dos registros na ficha de acompanhamento, bem como, da padronização do atendimento.

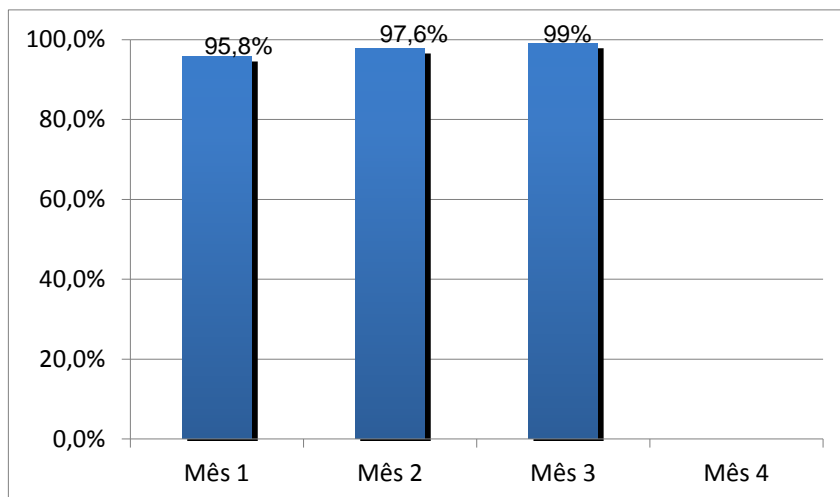


Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

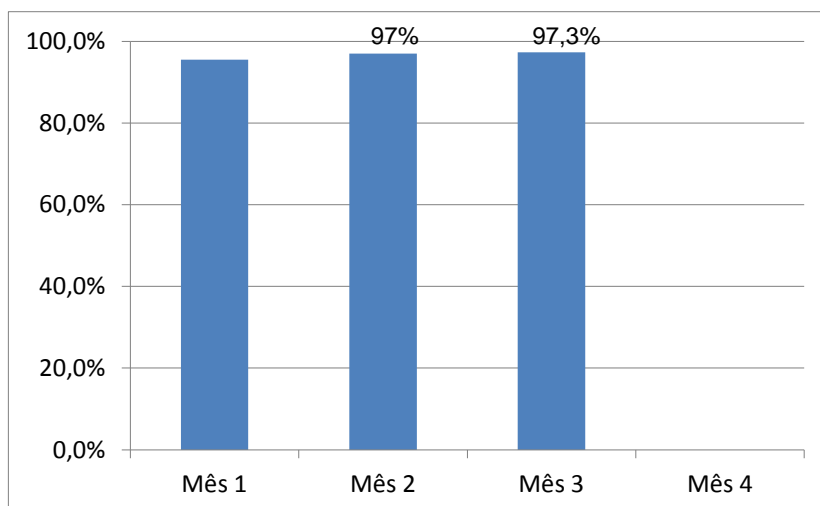


Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são duas doenças que produzem complicações nos diferentes órgãos dentro deles o coração, razão pela qual se deve fazer estratificação de risco cardiovascular nos usuários, no usuário hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada um. Para fazer a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo, daí a importância de ter os exames clínicos em dia. Durante todas as semanas de trabalho foi realizada esta avaliação, no primeiro mês a proporção de hipertensos foi de 90 (93,8%) e 62 (92,5%) diabéticos, no segundo mês 202 (95,3%) hipertensos e

94 (94%) diabéticos, no terceiro mês 384 (97,7%) hipertensos e 105 (94,6%) diabéticos.

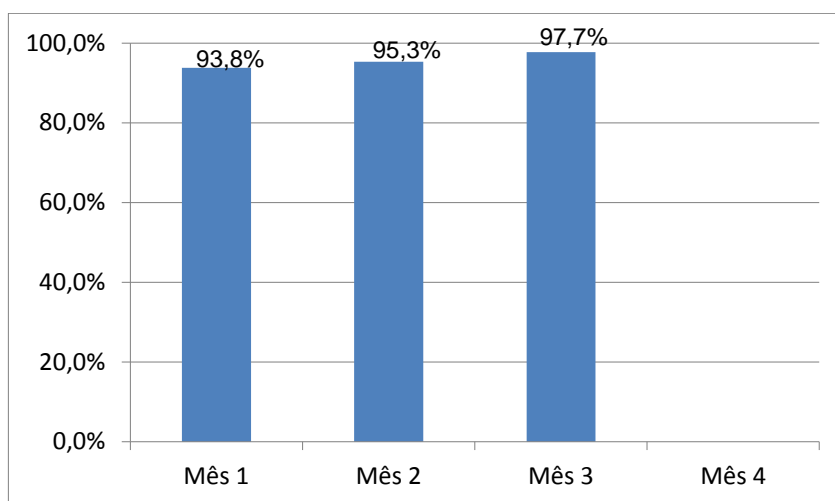


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

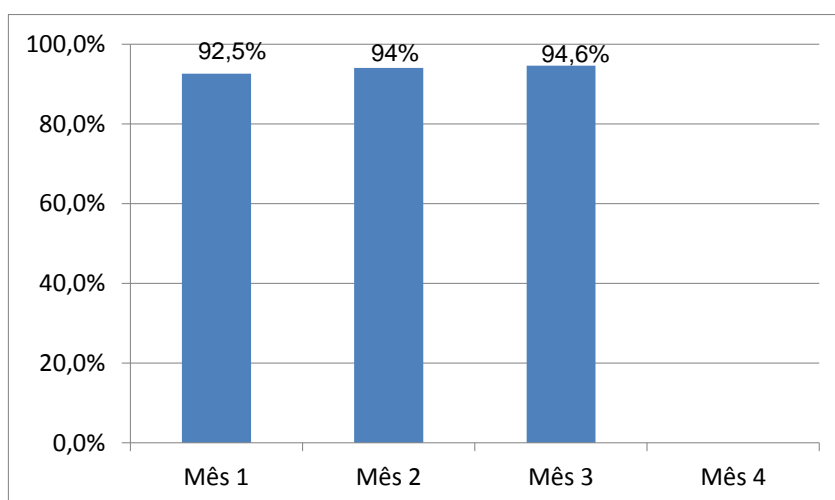


Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

Para manter o controle dos riscos e da doença os usuários que sofrem de Hipertensão e/ou Diabetes devem ter uma alimentação saudável, para isso é preciso fazer mudanças no modo e estilo de vida, sendo muitas vezes uma difícil tarefa, mas não é impossível. Sendo este um objetivo muito importante, durante as 12 semanas de trabalho foram realizadas orientação nutricional sobre alimentação saudável, tanto nos atendimentos clínicos, como nas palestras e atividades de educação em saúde sobre orientação nutricional, onde obtivemos os seguintes resultados: 94 (97,9%), 209 (98,6%) e 391 (99,5%) dos hipertensos; e 66 (98,5%), 99 (99%) e 110 (99,1%) dos diabéticos, como se mostra na figura 13 e 14 respectivamente.

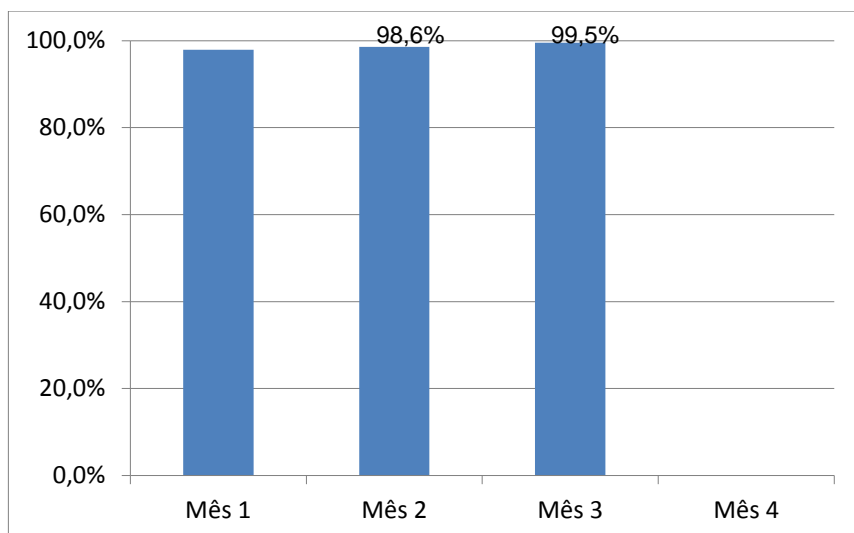


Figura 13: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

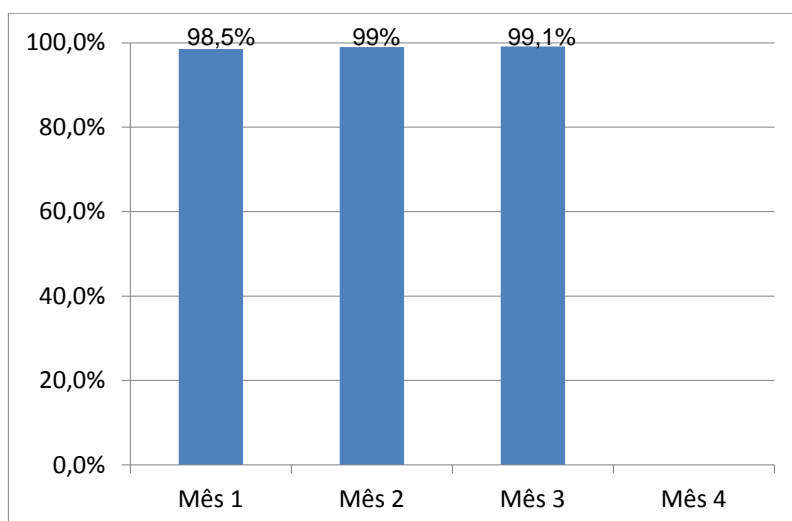


Figura 14: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

O exercício físico é qualquer atividade física que mantém ou aumenta a aptidão física em geral, e tem o objetivo de alcançar a saúde e também a recreação. A razão da prática de exercícios inclui: o reforço da musculatura e do sistema cardiovascular; o aperfeiçoamento das habilidades atléticas; a perda de peso e/ou a manutenção de alguma parte do corpo. Para muitos médicos e especialistas, exercícios físicos realizados de forma regular ou freqüente estimulam o sistema imunológico, ajudam a prevenir doenças (como cardiopatia, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, etc.) moderam o colesterol, ajudam a prevenir a

obesidade, e outras coisas. Razão pela qual a prática sistemática de exercício é de grande importância nos usuários hipertensos e diabéticos.

No primeiro mês da intervenção a proporção de usuários hipertensos que começaram a realizar algum tipo de atividade física diferente da acostumada foi 94 (100%) e 66 (100%) diabéticos, no segundo mês diminuiu um pouco porque alguns dos usuários não queriam realizar nenhuma outra atividade física porque já trabalhavam muito nas hortas e com os animais, mais todos receberam as orientações da importância da prática de exercício (atividade física) mas apesar de sua negativa com as atividades programadas nos grupos conseguimos aumentar este resultado no terceiro mês onde a proporção foi de 391 (99,5%) hipertensos e 110 (99,1%) diabéticos.

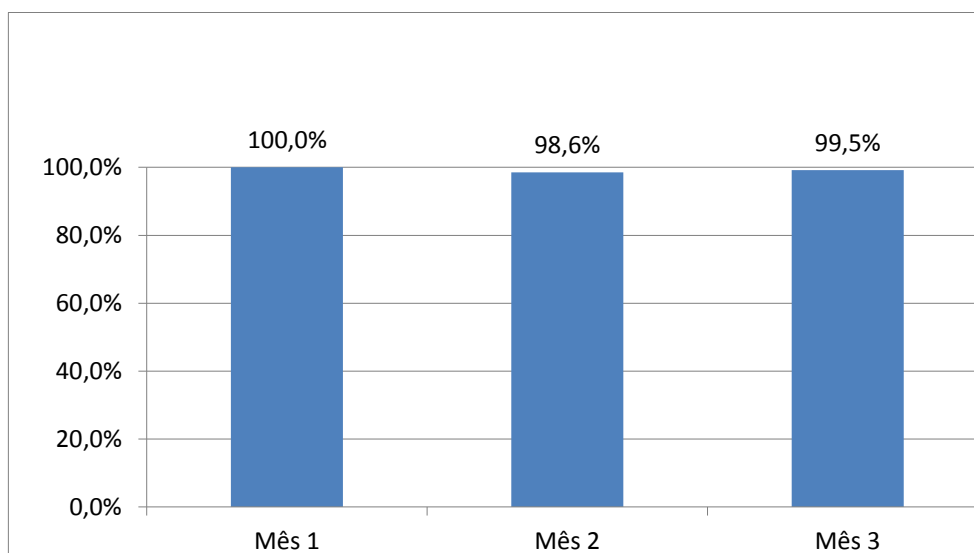


Figura 15: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

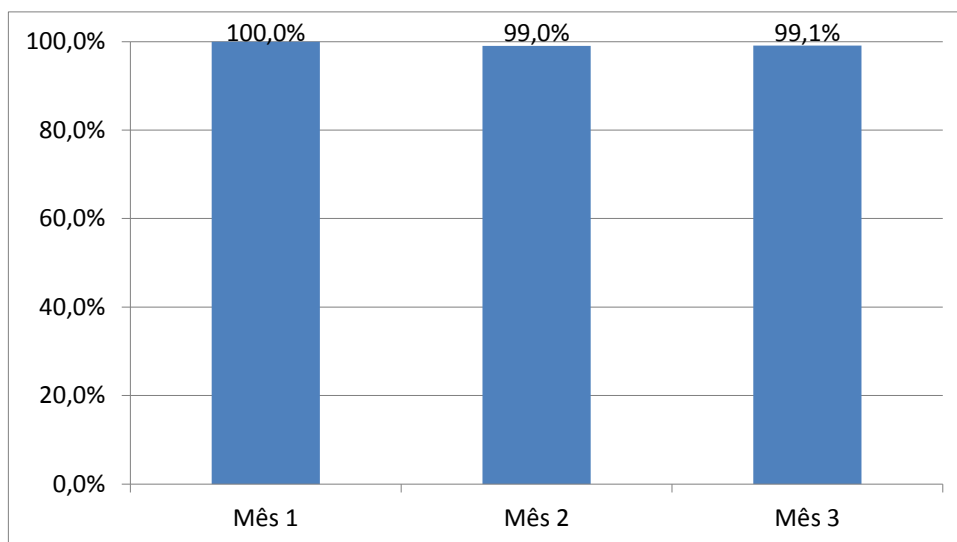


Figura 16: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular na ESF I Novo Barreiro/RS, 2015.

Todos durante a intervenção receberam orientações sobre o risco do tabagismo e a importância de manter a higiene bucal, onde os gráficos não sofreram modificações nos três meses da intervenção, alcançou 100% em todos os meses. Durante toda esta etapa a relação e comunicação da população com a equipe de saúde foi muito boa, onde se pode notar a satisfação dos participantes na intervenção e um exemplo disso é a participação ativa de todos nas atividades.

4.2 Discussão

A realização da intervenção, em minha unidade básica de saúde, foi de suma importância já que proporcionou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame clínico dos diabéticos e hipertensos e para a classificação de risco de ambos grupos.

A implementação da intervenção propiciou o aumento da cobertura, e melhora significativa da qualidade na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos que residem na área de abrangência, e que são acompanhados pela equipe de saúde. Tudo isto foi traduzido na melhoria dos registros existentes, e os implementados, assim como a ampliação na atenção de qualidade da população alvo, com destaque para a realização do exame clínico de qualidade, a implementação da estratificação do risco cardiovascular segundo escore de

Framinhang, e na atenção diferenciada aos usuários de ambos grupos considerados de alto risco cardiovascular.

A intervenção exigiu a capacitação da equipe para assim dar seguimento as orientações do Ministério da Saúde (MS) relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, sendo importante a realização destas atividades, porque foi o impulso que promoveu o trabalho integrado entre toda a equipe de saúde, autoridades do município e comunidade de maneira geral.

A intervenção impactou também em outras atividades no serviço como no atendimento de outros grupos, como por exemplo, os grupos das gestantes e das consultas de puericultura, porque a população busca informações sobre a importância de um atendimento com qualidade em todas as etapas da vida e quais são os principais benefícios para a saúde, foi uma experiência única, nas atividades de promoção de saúde.

Antes da intervenção a atenção de hipertensos e diabéticos resumia-se na entrega de receita dos remédios controlados e pequenas palestras e tinha o médico como único responsável. Após a intervenção tudo mudou, porque reviu as atividades atribuídas aos demais membros da equipe onde cada um tinha responsabilidades e envolveram-se positivamente no projeto e assim, conseguimos realizar um bom trabalho em equipe o que viabilizou a atenção de um grupo maior de pessoas e melhorou a qualidade dos atendimentos na UBS.

A melhoria dos registros e dos agendamentos dos hipertensos e diabéticos viabilizou uma melhor organização a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea com melhores resultados para todos. A identificação dos riscos foi um ponto crucial para apoiar a priorização dos atendimentos dos usuários e melhorar a qualidade das consultas e a qualidade de vida deles.

O impacto da intervenção para a comunidade desde o começo foi percebido, pelos usuários hipertensos e diabéticos que demonstravam satisfação com a prioridade dos atendimentos e a realização das atividades realizadas em função da promoção e prevenção de saúde, com o desenvolvimento do projeto e divulgação pela rádio e atividades comunitárias, melhorou a qualidade dos atendimentos de cada grupo de usuários.

A pesar da ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos ainda temos muito trabalho a fazer para seguir ampliando a cobertura e conseguir fazendo mais

busca ativa na população. A intervenção seria facilitada se desde o começo da análise situacional tivéssemos falado sobre as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, também se população estivesse informada sobre a importância dos atendimentos priorizados dos hipertensos e diabéticos na UBS, onde tanto a equipe como a comunidade se retroalimentavam com as diferentes informações do trabalho realizado.

Agora ao final da intervenção percebi que a equipe está integrada e irá incorporar às ações na rotina do serviço e superar as dificuldades encontradas, trazendo como consequência a melhoria da qualidade dos atendimentos de forma geral, assim como ampliação da cobertura dos atendimentos destes usuários, além de um melhor controle.

Com a incorporação da intervenção na rotina no serviço o trabalho será mais organizado, irá melhorar a qualidade das consultas, assim como a qualidade de vida da população. Vamos ampliar a conscientização da população na comunidade da importância do atendimento priorizado dos hipertensos e diabéticos em especial os de alto risco, sendo um grande passo na saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores.

Prezado gestor(a):

A intervenção implementada na USF Novo Barreiro objetivou a melhoria da atenção à saúde dos usuários residentes na área de abrangência, com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM). Ocorreu no período de 12 semanas, e contou com a participação da equipe de saúde e da comunidade. Na área adstrita a população estimada é de 2668 pessoas, destas, de acordo com a estimativa da planilha de coleta de dados (VIGITEL, 2011), há 406 pessoas com hipertensão e 110 com diabetes. A meta estimada para alcançar na intervenção foi 80% de cobertura.

Antes da intervenção, a equipe identificou que a cobertura e qualidade na atenção à saúde das pessoas com HAS e DM, não era a adequada, sendo preciso a realização de atividades para melhorar esta situação, pois, não eram realizadas as consultas e o controle de maneira adequada e a maioria dos usuários estavam apresentando algumas das complicações destas doenças. Mediante a intervenção a equipe realizou o acompanhamento de 391 hipertensos, alcançando a cobertura de 96,3%, e 110 diabéticos, atingindo uma cobertura de 100%. Dentre as ações destacamos a capacitação feita à equipe ao início da intervenção, que proporcionou melhoria significativa do cadastramento e acolhimento dos usuários atendidos. Tivemos algumas dificuldades que foram resolvidas pelos gestores do município, tais como: a falta de alguns medicamentos básicos dos usuários, onde para dar solução a estas dificuldades os gestores em conjunto com a farmácia da UBS realizaram um levantamento dos principais medicamentos usados e fizeram o cálculo do necessário para suprir um ano de tratamento isto evitaria a ausência dos remédios no estoque da UBS e daria a cobertura de trabalho para ter a totalidade do tratamento do próximo ano para todos.

A realização desta intervenção foi um desafio muito grande para todos nós como profissionais da saúde, porque através da mesma obtiveram-se mudanças no modo, hábito e estilo de vida da população, e não sabia como ou qual seria a reação dos usuários, se aceitariam ou não nem se daria certo, por isso constituía também um desafio para a comunidade e o município de maneira geral, mas fiquei muito grata ao conseguir fazer meu trabalho e alcançar todas as metas propostas, onde com a implementação e desenvolvimento do projeto na UBS, se podem fazer muitas coisas em função da qualidade de vida da população sempre que um tenha vontade e espírito de trabalho.

Tive a sorte de contar com o apoio de toda a equipe desde o início do projeto, muito mais após terem conhecimento os objetos e metas, assim como os possíveis resultados ao final da intervenção, todos ficaram envolvidos já que com a realização das diferentes atividades se conseguiria mudar a rotina na unidade. Apesar das dificuldades enfrentadas no município foi possível ampliar a cobertura dos atendimentos ao grupo priorizado, como é a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, as quais são duas doenças que se tratadas a tempo para evitar a aparição das complicações, além de fazer uma capacitação a todo o pessoal da equipe sobre as diferentes temáticas relacionadas.

Com o desenvolvimento do projeto e a equipe unida resolvemos algumas dificuldades enfrentadas no dia a dia, como a visita domiciliar atrasada daqueles usuários que sofrem de hipertensão e diabetes faltosos as consultas, se fez agendamentos das consultas em um dia específico da semana para providenciar um melhor atendimento, foram avaliados todos os usuários durante as consultas realizando o exame clínico completo, fazendo anotações nas fichas de acompanhamento, realizamos ações comunitárias onde realizamos busca ativa de hipertensos aferindo a pressão a todos. Realizamos teste de glicose aos hipertensos e aqueles com fator de risco. Palestramos sobre alimentação saudável, da importância da prática do exercício físico, o uso correto do tratamento medicamentos sendo esta uma das formas para evitar as complicações. Identificamos o risco cardiovascular a cada um deles e anotamos na ficha de acompanhamento.

Como principal dificuldade encontrada durante todo este tempo foi o desconhecimento e desinformação da população em relação aos principais fatores de risco evitáveis e não evitáveis de suas doenças, como prevenir, que fazer para evitar a aparição das possíveis complicações. Outra dificuldade foi na coleta de

dados já que inicialmente contávamos com um subtotal da população que não era a real, razão pela qual não contávamos com a informação correta da totalidade dos hipertensos e diabéticos, até que foi feita uma pesquisa de toda a população.

Apesar das limitações encontradas graças ao esforço da equipe e as ACS conseguimos uma cobertura do programa da atenção ao hipertenso de 96,3% e dos diabéticos 100%, sendo este um resultado maravilhoso. Acho que conseguimos melhorar os aspectos negativos antes mencionados e que contribuiriam com a qualidade de vida da população. Mesmo com essas pequenas dificuldades, acreditamos que ao menos conseguimos plantar a semente e que posteriormente serão colhidos mais frutos com a melhoria da qualidade do atendimento na UBS e sua incorporação na rotina seguindo os protocolos na tentativa de ter mais organizada as ações programáticas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade:

Por meio deste relatório queremos explicar a comunidade os resultados da intervenção que foi desenvolvida no período de 12 semanas na UBS, onde os principais envolvidos foram a população maior de 20 anos com hipertensão e diabetes. Esta intervenção buscou ampliar os atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Novo Barreiro (ESF I).

A escolha do foco se justificou devido ao grande número de pessoas que sofrem de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em nossa comunidade. Percebemos que muitos usuários hipertensos e/ou diabéticos são idosos e que a Unidade de Saúde deveria melhorar o registro de acompanhamento dos usuários, aumentar e melhorar a qualidade dos atendimentos. Para isso foram realizadas várias ações para identificar casos novos de hipertensos e diabéticos, conferimos a pressão de todos os que compareciam na Unidade e fizemos teste de glicose em hipertensos e diabéticos.

No começo enfrentamos algumas dificuldades, pois, os usuários não entendiam qual era o objetivo da intervenção. Tivemos que capacitar o pessoal para trabalhar e fazer algumas mudanças no planejamento das consultas, também explicar a população a importância da realização da intervenção, pois, buscamos uma melhor qualidade de vida dos nossos usuários.

Realizamos visitas domiciliares para usuários que não compareceram nas consultas, explicamos que a consulta não é apenas para pegar o remédio, mas também para fazer um exame clínico completo que ajudam a ter um melhor diagnóstico e controle. Trabalhamos com agendamento e buscamos garantir os medicamentos para o tratamento de hipertensos e diabéticos.

Nas consultas individuais e grupos, oferecemos orientação sobre a importância de manter uma alimentação saudável e da prática diária de exercício físico, evitando assim o sedentarismo. Avaliamos cada usuário com exame físico completo registrando em cada prontuário. Assim, conseguimos ampliar os atendimentos de hipertensos e diabéticos e elevar a qualidade dos atendimentos na UBS. Com a realização das diferentes atividades buscamos incentivar aos usuários a participarem nos grupos realizados mensalmente, motivamos aos faltosos as consultas, também que os usuários se preocupem em ter os conhecimentos sobre suas doenças e como cuidar delas, além de conhecerem quais são os principais exames que devem realizar para o controle. Sendo de grande importância o cumprimento das orientações e tratamento indicado para ter uma ótima qualidade de vida

Apesar das limitações encontradas tais como: desconhecimento da população e número de usuários faltosos as consultas, contamos com o esforço da equipe especialmente das ACS, por isso conseguimos alcançar uma cobertura do programa da atenção ao hipertenso de 96,3% e dos diabéticos 100%, sendo este um resultado maravilhoso.

Finalizando destaque que o desafio valeu a pena, e graças ao apoio e participação da população durante toda esta etapa, plantamos a semente onde posteriormente se fará a colheita, pois, a população foi motivada e incentivamos a participação mais ativa na sua saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização foi uma experiência muito bonita e satisfatória, ao mesmo tempo que foi um grande desafio para mim, primeiramente pelo idioma; em pela cultura do lugar e por realizar um trabalho para mudanças no hábito, modo e estilo de vida em uma população, mesmo assim realizamos o trabalho com amor para assim adquirir maior conhecimento sobre o funcionamento da estratégia de saúde da família no Brasil, brindar a melhor atenção a população brasileira e conseguir melhorar a qualidade de vida de todos. O curso tem me fornecido muitas experiências no âmbito pessoal, pois, hoje posso falar que tem melhorado no meu português, tenho aprendido e incorporado muitas coisas novas em relação a saúde da família.

Com a realização da intervenção senti-me realizada ao ver como meus colegas de equipe se comprometeram com ele e me apoiaram em todas as coisas a realizar, como ações de saúde, passei momentos ruins na elaboração das tarefas a cada semana, mas não desisti e estou quase no final trabalho já posso sentir essa sensação de dever cumprido. O desafio tem sido muito grande mais o esforço realizado valeu, chegar até aqui me faz senti muito animada, já que trabalhar para os usuários que sofrem doenças crônicas tenham uma ótima qualidade de vida aprendendo a conviver com suas doenças é o maior premio que pode receber todo profissional da saúde e tentando aplicar todos os conhecimentos sobre a atenção primaria à saúde.

Meus conhecimentos na atenção primária em saúde no Brasil, sobre o SUS foram enriquecidos através dos diferentes casos clínicos durante toda esta etapa, da bibliografia proporcionada no transcurso de cada unidade e assim pude melhorar a qualidade nos atendimentos dos usuários.

Foi minha primeira experiência em meus anos de trabalho na realização de um projeto de saúde o curso a distancia que me proporcionou melhor capacidade técnica na metodologia para planejar ações, desenvolver habilidades para organizar as informações e conseguir realizar uma análise situacional de qualidade que permitiu criar estratégias a favor de uma melhor atenção de saúde em minha UBS.

O curso me ampliou os conhecimentos necessários da realidade da saúde no Brasil e de como funciona, também nos permitiu a troca de experiência com outros profissionais envolvidos no programa através dos diferentes espaços como fórum da clinica, outra coisa que nos tem sido de muita ajuda em nosso desenvolvimento no curso foi a comunicação com os orientadores que sem eles não seria possível avançar até aqui e que tem me proporcionado uma experiência única inesquecível que ficará, pois constitui uma marca que me permitira e abraira caminhos em minha futura vida profissional.

A vivência proporcionada pelo curso neste momento vai possibilitar que outras ações sejam melhoradas, ou seja, a intervenção de agora é a imagem e o reflexo para outras envolvendo outros grupos populacionais. É gratificante saber que consegui chegar até o final e vencer meus próprios medos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.68 p.

BEN, A.I.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Revista de Saúde Pública, n46(2), p.279-89, mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. 56 p. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. 102 p. Brasília, DF, 2001.

Apêndices

**Apêndice A – Fotos das ações de educação em saúde na UBS Novo Barreiro,
Novo Barreiro/RS**















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

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HiperDia?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1															
2															
3															
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

18:52 09/01/2015

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