

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus na Unidade Sanitária Boqueirão do Leão, Boqueirão do Leão/RS

Omar Batista Guerrero

Pelotas, 2015

Omar Batista Guerrero

Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus na Unidade Sanitária Boqueirão do Leão, Boqueirão do Leão/RS

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

Orientador: Niviane Genz

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

G934m Guerrero, Omar Batista

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Sanitária Boqueirão do Leão, Boqueirão do Leão/RS / Omar Batista Guerrero; Niviane Genz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

103 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. Genz, Niviane, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe, que sabiamente me ensinou a arte da busca pelo conhecimento e aperfeiçoamento de ideias, iluminando os meus passos para que pudesse chegar até aqui.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a minha esposa Mayelin Cruz Acosta pela paciência e entendimento nos momentos mais importantes na realização deste trabalho, por estar sempre me ajudando e apoiando-me com força, confiança, amor, ensinando-me a persistir nos meus objetivos e ajudando-me a alcançá-los.

A minha orientadora muito especial Niviane Genz que com paciência e sabedoria soube me conduzir, sendo de extraordinária elegância até nos momentos de correção de textos, sempre me levando há refletir um pouco mais sobre o contexto abordado, atendendo minhas demandas e conduzindo-me da melhor maneira possível.

A todos da equipe da Secretaria de Saúde de Boqueirão do Leão, com destaque especial as enfermeiras e agentes comunitários de saúde que assumiram a intervenção com muita responsabilidade.

Resumo

GUERRERO, Omar Batista. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus na Unidade Sanitária Boqueirão do Leão, Boqueirão do Leão/RS**. 2015. 101f. 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.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus afetam grande parcela da população. São consideradas dois graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo com alta prevalência (22,7% hipertensos e 6,3% diabéticos) sendo as responsáveis pelas primeiras causas de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde afetando a qualidade de vida e gerando, muitas vezes, comorbidades. Com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus foi realizada uma intervenção na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS durante os meses de fevereiro a maio de 2015. Contamos com uma equipe bem integrada e comprometida com o projeto, executamos capacitações sistemáticas, planejamos em conjunto as ações, concluímos o cadastramento e trabalhamos intensamente na avaliação dos usuários para diagnóstico e acompanhamento adequado, oferecemos consultas semanais para avaliação com acolhimento e registro adequado em ficha-espelho para sequência do monitoramento. A comunidade teve a oportunidade de conhecer o programa por meio de palestras realizadas no meio. Foi designado um odontólogo fixo para avaliação e atendimento das necessidades por meio de agendamento. Executamos um cronograma de consultas por comunidade em que os ACS agendavam 40 usuários (30 com hipertensão e 10 com diabetes mellitus) semanalmente, o que permitiu controle dos agendamentos. Além disso, realizamos consultas durante visitas domiciliares em dois dias na semana. Ao final das 12 semanas foram avaliados 764 usuários, destes 731 pessoas com hipertensão e 201 pessoas com diabetes mellitus; uma média de 12 hipertensos/dia e 03 diabéticos/dia, com adesão ascendente ao longo do tempo. Foi possível realizar exame clínico adequado conforme protocolo em 100% dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes e manter os exames complementares em dia para 91,4% dos hipertensos e 96,5% dos diabéticos cadastrados. Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os avaliados e realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico para a maioria finalizando a intervenção com 94,1% de hipertensos e 93,5% diabéticos atendidos. A ação que mais auxiliou na captação das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes para o programa foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos usuários por parte dos ACS que realizavam visitas domiciliares para convidar a todos para uma consulta de avaliação na unidade de saúde. A medicina familiar deve centrar-se na pesquisa de fatores de risco, mudança de estilos de vida, promoção e prevenção à saúde, melhorando assim os indicadores de qualidade de vida da população. A intervenção teve grande importância para a comunidade no sentido de fortalecer o engajamento público, conscientizando a comunidade da importância deste acompanhamento.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS, 2015.	71
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS, 2015.	72
Figura 3	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS, 2015.	73
Figura 4	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS, 2015.	73
Figura 5	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS, 2015.	75
Figura 6	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS, 2015.	75
Figura 7	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS, 2015.	77
Figura 8	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS, 2015.	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Cintura Abdominal
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HAS-DM	Hipertensão Arterial Sistêmica - Diabetes mellitus.
IMC	Índice de Massa Corporal
KM	Quilômetros
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
PA	Pressão Arterial.
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1. Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatórios da Análise Situacional	12
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	32
2. Análise Estratégica.....	33
2.1 Justificativa.....	33
2.2Objetivos e metas	34
2.2.1 Objetivo geral	34
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	35
2.3 Metodologia.....	37
2.3.1 Detalhamento das ações.....	37
2.3.2Indicadores.....	52
2.3.3Logística.....	58
2.3.4 Cronograma	61
3 Relatório da Intervenção	63
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	63
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	67
3.3Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	68
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.....	68
4. Avaliação da intervenção	70
4.1 Resultados	70
4.2 Discussão.....	79
5 Relatório da intervenção para gestores.....	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	86
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	90
Referências	94
Anexos	95

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral qualificar o Programa de Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes pertencentes à UNIDADE SANITÁRIA do Município de Boqueirão do Leão/RS.

A intervenção evidenciou a importância da temática despertando nos profissionais da equipe de saúde pertencentes à unidade referida, a relevância desta ação para a comunidade. Ademais, contribuiu para melhoria dos registros e o monitoramento dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde.

No primeiro capítulo será apresentada a análise situacional apresentando o município ao qual pertence à UNIDADE SANITÁRIA em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, será descrito a análise estratégica utilizada, apresentando os objetivos, as metas da intervenção, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando indicadores metas, logística e cronograma.

No terceiro capítulo, será apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas na intervenção à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados e no capítulo cinco o relatório da intervenção para os gestores e no capítulo seis o relatório para a comunidade.

No capítulo sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ainda, após será trazida a bibliografia utilizada para

este trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento do projeto.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Sanitária Boqueirão do Leão está localizada na cidade de Boqueirão do Leão/RS, com uma população de 7.911 habitantes, é importante destacar que o município é mais rural que urbano, pois a população urbana é muito pequena e a rural mais extensa, a fonte do trabalho é a agricultura, principalmente a produção do fumo e o milho, o nível de escolaridade da população é baixo e há falta de acesso à informação e trata-se de uma área em que existe um grande número de cidadãos fumantes.

O Modelo Assistencial na Saúde está centrado no foco curativo – reparador, contamos com uma Equipe de Estratégia em Saúde da Família (ESF) boa, mas tem que melhorar. A Unidade Sanitária está localizada no centro da cidade, ao lado do hospital e possui três consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma pequena sala de espera no corredor, farmácia, uma sala de usos múltiplos, uma secretaria, uma sala de vacinas, consultório de psicologia, duas salas para acolhimento, um consultório para coleta de exame citopatológico, uma sala de esterilização, uma copa e três banheiros.

A equipe é composta por duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, um farmacêutico, uma técnica de farmácia, três médicos, uma assistente de higiene e limpeza, um Secretário de Saúde, 18 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 4 odontólogos e 2 assistentes de odontologia. A equipe realiza reunião todas às quintas-feiras com objetivo de planejar o trabalho da semana em curso, discutir os problemas da semana anterior e estabelecer estratégias de trabalho, realizamos visitas domiciliares duas vezes por semana ao longo do dia todo, não realizamos atendimentos em zonas do interior, temos

grupos de gestantes, alcoólicos, idosos, hipertensos e/ou diabéticos, saúde do trabalhador, saúde mental, reeducação alimentar, realizamos palestras sobre temas de saúde nas comunidades. Há uma boa participação e todos ficam muito felizes com as atividades planejadas, mostram interesse e são cooperativos. As consultas não são agendadas e há demora do atendimento, pois temos dois médicos com contrato com a Unidade Sanitária e que ao mesmo tempo trabalham no hospital que fica anexo à Unidade Sanitária e pelo fato de atenderem primeiramente no hospital tarda o atendimento na unidade. Não oferecemos serviço de pronto atendimento, pois os usuários são encaminhados para o hospital que é atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço do laboratório atende a demanda da unidade todos os dias exceto às sextas-feiras e os resultados levam, em média, uma semana para serem liberados, facilitando assim métodos diagnósticos de rotina.

Neste momento, uma nova Unidade Sanitária está em construção. Esta contará com um espaço físico maior o que possibilitará uma melhor organização do nosso trabalho. Uma vez por mês há disponibilidade de consulta com psiquiatra e todas as semanas há atendimento de uma pediatra e um ginecologista que acompanham as consultas de pré-natal, puericultura com agendamentos. As enfermeiras mantêm um bom controle dos programas de rastreamento do pré-câncer e realizam coleta dos exames citopatológicos, solicitação de mamografias e exame para dosar o Antígeno Prostático Específico (PSA) e também acompanham as gestantes e o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Nossas principais dificuldades estão focadas na diminuição do consumo de tabagismo, melhora da cultura dietética da população, aumento de pesquisas de doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, entre outras. Nossa equipe tem muita vontade de trabalhar e sonha com uma boa qualidade para a saúde da comunidade. Contamos com apoio da prefeitura para transportar usuários que necessitam de atendimentos especializados bem como auxílio para a realização de algum exame diagnóstico.

Acreditamos que a medicina familiar deve centrar-se na pesquisa de fatores de risco, mudança de estilos de vida, promoção da saúde e prevenção de doenças, melhorando assim indicadores na saúde da população. Sabemos que

este caminho não é fácil, mas com amor e muito humanismo pode alcançar nossos sonhos que ontem foi quimera e hoje é uma realidade.

A comunidade é muito participativa nas atividades de saúde programadas, mas devemos destacar que existe uma forte influência cultural ítalo-alemã em que as pessoas são mais retraídas, possuem culturas alimentares e estilos de vida diferentes, falam o português com um sotaque diferenciado. No entanto, devo destacar que o acolhimento foi muito bom e os esforços para participar e melhorar a saúde da comunidade é mutuo.

1.2 Relatórios da Análise Situacional

A Unidade Sanitária está localizada na cidade de Boqueirão do Leão/RS, é de tipo ESF, com uma população estimada de 7.911 habitantes, em uma área territorial de 265.427 km² e densidade demográfica de 28,91 habitantes por km². É importante destacar que o município apresenta uma população urbana muito pequena e rural mais extensa. O gentílico é Léo-boqueirense. Os cidadãos são descendentes alemães e italianos, com uma forte cultura européia. A região é conhecida como terra gaúcha. A fonte de trabalho é a agricultura, principalmente a produção de fumo e milho. O nível de escolaridade da população é baixo com pouco acesso à informação.

A vinculação da Unidade Sanitária é por meio da prefeitura, 100% SUS. Atualmente, é um anexo do hospital adaptada para ser uma Unidade Sanitária, há 228 meses (ano 1995) em funcionamento. Possui uma área de abrangência definida pela última atualização em 2011. Possui 18 ACS. Destes, nove pertencem à ESF-1 e nove pertencem ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) até conformar-se o ESF-2. Não são desenvolvidas atividades de ensino.

Em 2000 foi realizada a última atualização do cadastro da população. Atualmente, finalizamos o recadastramento de 100% da população e isto permitirá uma melhor organização dos serviços de saúde e assistência às 23 comunidades do município. Contamos apenas com uma equipe de ESF por falta de profissionais como médico, odontólogo e enfermeiro. Há necessidade de formar outra equipe de ESF.

Esta Unidade Sanitária não recebe apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Há possibilidade de formação e funcionamento de um NASF integrado ao serviço, pois contamos com assistente social, farmacêutico e psicólogo próprios da Unidade Sanitária e trabalhamos em conjunto com profissionais de saúde do Hospital como nutricionista e fisioterapeuta. Também é possível incorporar médicos pediatra e ginecologista que atendem uma vez por semana em nossa unidade. Assim, faltaria apenas pessoal qualificado em acupuntura e homeopatia e, em parceria com a Secretaria de Educação, poderíamos solicitar um profissional Educador físico.

Em nossa Unidade Sanitária não existem equipamentos e materiais para suturas (cabo de bisturis, lamina para bisturis, material para sutura) gerando muita insatisfação na população, pois há necessidade de realizar encaminhamento para o hospital mesmo se a ferida for pequena e que poderia ser resolvida na hora. Falta também estetoscópio de Pinard, estufa, microscópio, oftalmoscópio, pinça sheron, pote para coleta de escarro e tesoura curva que limitam uma boa atenção à gestante, a extração de corpo estranho nos olhos e pesquisa de tuberculose. São insuficientes os focos de luz, mesa ginecológica, nebulizador ou bombinha com espaçador, negatoscópio, otoscópio, pinça pozzi e sonar o que ocasiona a necessidade de movimentação de médicos e usuários quando precisamos deles.

Apresentamos sérias dificuldades com o sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos, mobiliário, calibragem de esfigmomanômetros e balanças, o que impede a segurança e certificação de qualidade do serviço prestado à população. Já discutimos com a equipe e a prefeitura a necessidade da pronta solução destas. É importante destacar que todos os profissionais possuem domínio quanto ao uso dos computadores e capacitamo-nos por meio de revisões bibliográficas, análise de dados de pesquisa, discussão de casos com colegas, tele saúde e, ainda realizamos controle de estoque e agendamento de espirometria.

A Unidade Sanitária ainda não usa o sistema de prontuário eletrônico. O uso desta ferramenta é muito importante para a otimização e atualização dos cadastros das famílias, contribuindo para um trabalho mais organizado. Necessitamos comprar novos computadores e impressoras e para isto já há aprovação do orçamento (R\$ 16.000) que ainda necessita chegar ao nosso

município. Hoje muitos dos computadores existentes são antigos e alguns são compartilhados por dois ou mais profissionais, limitando qualidade e tempo de trabalho. As impressoras também são antigas e não disponíveis em consultórios médicos

Os ACS realizam suas atividades com meios de transporte próprios, pois receberam bicicletas que já estão quebradas. A unidade de saúde fica localizada em uma zona de difícil acesso além de ser auxiliados com carro e ambulância quando necessário são os mais prejudicados quanto à disponibilidade de computadores para digitar as informações, mas se deve destacar que ainda assim os resultados de trabalho são muito eficientes.

Nossa Unidade Sanitária não tem abastecimento de anestésicos locais, fio de sutura, luvas estéreis, material para pequenas cirurgias, solução de lugol e são insuficientes as cadernetas de saúde do idoso.

O consultório odontológico tem licitações de óculos, manequins, vídeos, macro modelos e verniz com flúor para atividades educativas e preventivas, as matérias de consumo e insumos são devidamente abastecidos, dentro do prazo de validade, tanto para a Unidade Sanitária como para nosso consultório odontológico, facilitando assim o trabalho.

Neste momento, nossa Unidade Sanitária não conta com alcachofra, aroeira, espinheira santa, unha de gato e é insuficiente a garra do diabo. Esta informação não ficou clara durante minha observação, mas a verifiquei a partir do consumo destas medicações pelos usuários.

Não são realizados rotineiramente: bacterioscópico a fresco de secreção vaginal, Teste rápido de gravidez, teste rápido para detecção de alterações na urina. Já discutimos em reunião de equipe a importância de realizar todos os métodos de testes diagnósticos os quais são muito fáceis de serem realizados com algumas soluções extrativas de reação rápida, com baixo custo e microscópio óptico.

Temos acesso a todos os exames complementares em menos de 15 dias e apenas os exames de colonoscopia, colposcopia e tomografia levam mais de 30 dias, existe uma boa cobertura para exames complementares. Os resultados de alguns exames tardam devido à complexidade destes. Destaca-se que para efetivar isto, precisamos de ajuda de outros prestadores de serviço, pois muitas

vezes, este atraso é devido à necessidade de confirmação de suspeitas diagnósticas para tomada de planos terapêuticos mais eficazes.

A referência para atenção especializada demora mais de 30 dias para especialidades de Cirurgia geral, Dermatologia, Fisioterapia, Ginecologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Traumatologia e Urologia.

Os atendimentos especializados são realizados, mas destaca-se que são efetivados com mais de 30 dias após solicitação e este tempo implica na tomada rápida de decisões para início do tratamento. Além disso, valores de medicações também podem interferir no êxito e benefício para recuperação da saúde do usuário.

A equipe da Unidade Sanitária tem bom acesso à remoção de usuários em situação de urgência-emergência, atendimento em pronto socorro no próprio município com garantia de internação hospitalar.

Em nossa unidade de saúde não contamos com a maioria dos protocolos, pois somente existem os de avaliação e classificação de risco biológico, cuidados-procedimentos de enfermagem, saúde bucal, mental, reprodutiva, sexual. Tampouco existem livros didáticos para as áreas clínicas na Unidade Sanitária. Isso, de certa forma, não permite um trabalho uniforme e ajustado a protocolos o qual é fundamental para garantir uma prestação do cuidado com qualidade.

O acesso a materiais bibliográficos são insuficientes, não contamos com os protocolos de atendimentos das doenças infecciosas e de infestação ou zoonoses, precisando destas para uma melhor atualização e revisão de temáticas que por sua pouca frequência não são lembradas todas as suas sintomatologias e planos de tratamento.

A estrutura física da Unidade Sanitária possui dois ambientes específicos para recepção e arquivo de prontuários arquivados por famílias com espaço para 12.000 prontuários, mas somente utiliza-se um deles, pois ainda não está formada a outra equipe de ESF, a sala de espera é um corredor para 30 pessoas, temos um salão de reuniões multiuso para educação em saúde, reunião de equipe, ACS, saúde mental e saúde do trabalhador, temos boa estrutura da farmácia e da sala de vacina; apenas a sala de esterilização e estocagem de material é muito pequena.

Existem três consultórios que possuem boas condições para atendimento com mesa de escritório e cadeiras para que o usuário e o acompanhante possam se acomodar, a mesa de exame clínico é usada de forma compartilhada pelos profissionais da equipe, um dos consultórios possui sanitário privado (uso do ginecologista).

Temos apenas uma sala para uso múltiplo (curativos e procedimentos, nebulização, recepção, lavagem e descontaminação de materiais) não contamos com sala para coleta de material para análise, sala de utilidades, almoxarifado, abrigo para resíduos sólidos (expurgo), depósito para o lixo não contaminado, escovário, sanitário para deficientes, A circulação de ar e a iluminação são deficientes em banheiros para os usuários, sala de espera e a sala de esterilização. A sala de vacina está situada no centro da Unidade Sanitária interferindo o trânsito dos usuários às demais dependências. O recolhimento do lixo não contaminado e dos resíduos sólidos é realizado por uma empresa privada três vezes por semana, mas não de forma separada em orgânico e reciclável.

Em relação à área física dos diferentes espaços utilizados na Unidade Sanitária temos dificuldade quanto à sala de curativo, esterilização e depósito de lixo que não cumprem os critérios do manual.

Devemos destacar que nossa unidade possui portas, paredes internas e pisos com superfície lisa e laváveis, cobertura de proteção de telhado com laje, as janelas são de madeira com vidro sem telas mosquiteiras, os lavatórios e pias não possuem torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, não existe sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação por meio de texto, figuras, sonoros ou em braile.

Não existe um sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetros e das balanças.

Quanto às barreiras arquitetônicas, nosso prédio é adequado para o acesso de idosos e portadores de deficiências, não tem tapetes nas salas de acesso aos usuários, não existem degraus, possui rampas e calçadas alternativas, não tem corrimãos em corredores, as cadeiras de salas de espera não são suficientes com relação às demandas dos atendimentos e as necessidades dos usuários.

A sala de espera é inadequada, pois fica em um corredor dificultando o livre movimento das pessoas com incapacidade visual e motora, precisando de outras pessoas para deambular na unidade de saúde.

As portas dos banheiros não permitem o acesso de usuários com cadeiras de rodas e não possui espaço suficiente para manobras de aproximação, não existem cadeiras de rodas a disposição de usuários com esta necessidade.

Sobre as dificuldades assinaladas devemos priorizar aquelas que apresentam soluções imediatas e que com uma participação dos trabalhadores de nossa unidade podem ser resolvidos, como controle adequado dos depósitos, contribuindo com os trabalhadores do hospital que colaboram nesta atividade, assim também deve planificar-se um horário para colaborar nos processos de esterilização dos materiais de curativos e procedimentos da Unidade Sanitária.

As outras dificuldades detectadas são de estrutura e devem ser melhoradas e retificadas com apoio da prefeitura, nosso município neste momento está efetivando a construção de uma Unidade Sanitária projetada com estrutura ampla e com áreas para um bom desenvolvimento das ações e procedimentos. Quanto ao que nos cabe, discutimos em reuniões de equipe as dificuldades para sinalizações das áreas com sistemas sonoros e em braile, que são custosos e devem ser colocados no novo prédio, assim como ver junto ao pessoal responsável pela parte técnica da construção como eliminar as barreiras arquitetônicas no projeto da construção da Unidade Sanitária.

Todos os profissionais de nossa Unidade Sanitária (exceto a recepcionista) participam do processo de territorialização e mapeamento de atuação da equipe com a identificação de indivíduos, famílias e grupos expostos a riscos, grupos de agravos, sinalização dos equipamentos e das redes sociais, fazem o cuidado em saúde no domicílio, nas escolas e na associação de bairro. Não há envolvimento das igrejas e indústrias nestas atividades.

A busca ativa de usuário faltoso às ações programáticas e programas somente são realizados pela enfermagem e ACS o qual é considerado como uma insuficiência do sistema de saúde em nosso município mostrando falta da responsabilidade pela população.

Os ACS têm um levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidados domiciliares o qual é realizado por

todos os profissionais da Unidade Sanitária com realização da maioria dos procedimentos e atividades faltando apenas incorporar nebulizações, consultas odontológicas, fisioterapia e troca de bolsa de usuários ostomizados. Sendo necessário manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

O encaminhamento dos usuários a outros níveis do sistema é realizado respeitando os fluxos de referência e contra referência, mas não se utilizam os protocolos e nem há acompanhamento por um plano terapêutico. Não existe acompanhamento dos profissionais de nossa Unidade Sanitária a usuários em situações de internação hospitalar. É preciso realizar o trabalho interdisciplinar e em equipe, somente a enfermagem e o médico realizam notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis precisando incorporar esta atividade aos demais profissionais, mas não existe uma busca ativa destes por nenhum profissional.

São insuficientes os grupos que funcionam em nosso município com necessidade de incorporar o Grupo de Adolescentes, Aleitamento Materno, Capacitação para o trabalho, Combate ao tabagismo, Planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, Puericultura, Saúde da mulher, Saúde bucal. Existe boa participação dos profissionais, mas há necessidade também de incorporar psicóloga, nutricionista e assistência social, a fim de promover boa participação da comunidade no controle social.

A identificação de parceiros e recursos na comunidade para potencializar as ações intersetoriais com a equipe somente é realizada pelos ACS sendo necessário incorporar os demais profissionais da equipe.

Existe pouca participação de qualificação profissional para a gestão em saúde, na atualização técnica e transformação das práticas, precisando incorporar mais profissionais da Unidade Sanitária nestas atividades para o fortalecimento do controle social.

O gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Sanitária é feito por todos os membros da equipe que

se reúnem semanalmente abarcando todos os temas na construção de agenda e organização de trabalho, discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações e monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

Fazendo uma análise crítica das atribuições dos profissionais é necessário ir à busca da solução destas deficiências para garantir qualidade dos serviços de atenção à população, precisamos do esforço de todos os profissionais e maior exigência de nosso gestor, formar uma equipe supervisora para avaliar nosso trabalho e melhorar na educação permanente para a gestão e das ações em saúde para o fortalecimento do controle social.

Quanto a este aspecto devemos destacar que nossa Unidade Sanitária apresenta uma prática de trabalho incompleto em relação às atribuições dos profissionais, também existem outras ações que devem ser tratadas com uma melhor ótica, por exemplo, as notificações compulsórias de doenças em que os profissionais devem e podem atuar. Incrementar os grupos para realizar atividades educativas de saúde como, por exemplo, saúde do homem, prevenção de câncer de próstata, violência familiar, entre outros que fomentariam uma ampla lista, estas deficiências são discutidas e tomadas como metas de trabalho em reuniões da equipe, onde a partir deste momento iniciamos a confecção dos grupos e posteriormente o desenvolvimento das atividades.

A distribuição da população por sexo e faixa etária não é confiável, pois segundo o plano municipal é de, aproximadamente 7.911 pessoas e segundo dados do registro do SUS há mais 8.000 pessoas o que explica falta de atualização do cadastramento da população. O número de profissionais na equipe é insuficiente e inadequado ao tamanho da população, pois é necessária a composição de mais uma ESF, além de incorporar mais profissionais no acolhimento.

Em nossa Unidade Sanitária o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica se reduz a uma triagem para o atendimento médico sendo a consulta médica a única oferta de cuidado, limitando-se ao momento de acolhimento inicial e, ainda persiste a prática que resulta em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidade e sem

acolhimento das urgências na unidade de saúde, que gera muita insatisfação da população, pois necessitam ser encaminhados para o hospital.

Apresentamos algumas dificuldades estruturais na recepção da unidade que é muito pequena limitando a quantidade de usuários que podem ficar dentro dela isso afeta o acolhimento porque quando temos muita população procurando atendimento tem que receber as informações gerais em pequenos grupos, às vezes, individualmente sobrecarregando o trabalho da recepcionista, criando confusão e desconforto, também os usuários têm que ficar na parte de fora da unidade e em pé. Como equipe, tentamos diminuir estes problemas criados pelas condições estruturais da unidade fazendo os atendimentos de forma mais rápida, mas com a qualidade requerida para que os usuários não necessitem ficar muito tempo esperando pelo atendimento.

È importante garantir espaços mais reservados para a escuta e a identificação de riscos e de vulnerabilidades individualmente com adoção de protocolos de estratificação de risco, diminuir a presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (risco sociais ou subjetivos) e ofertas de cuidado, tendo em conta que acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo.

Os profissionais procedentes do hospital que atuam em nossa Unidade Sanitária não fazem registros dos atendimentos realizados em prontuários individual-familiar para permitir o melhor acompanhamento e a longitudinalidade do cuidado, das informações de atendimentos na demanda espontânea violando o registro adequado em prontuários e atenção na notificação das doenças previstas na legislação.

O excesso de demanda espontânea precisa de mais atenção e organização, pois é demorada com pouca qualidade e sem agendamento, com sobrecarga das consultas para os médicos que, às vezes, necessitam avaliar mais de 40 usuários. Às vezes os usuários têm que esperar para atendimento médico, pois dois dos médicos que têm contrato com a Unidade Sanitária ao mesmo tempo trabalham no hospital. Assim, muitas vezes priorizam o atendimento no hospital enquanto que os usuários ficam à sua espera na unidade. Esta realidade provoca insatisfação na população, pois, às vezes, estes

profissionais médicos também interrompem as consultas para prestar atendimento no hospital deixando os usuários à espera na unidade.

Em nossa Unidade Sanitária quando os usuários estão com problemas de saúde bucal aguda e necessidade de atendimento odontológico imediato são obrigados a pagar consultas em serviços privados, pois o atendimento na unidade é muito demorado. O serviço de prótese dentária é oferecido por meio de uma empresa contratada pela prefeitura que oferece 20 próteses por mês, havendo excesso de demanda deste serviço. Não oferecemos atendimento odontológico especializado, como por exemplo, tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias e lesões de mucosa, existindo também excesso desta demanda.

Em reuniões de equipe discutimos com frequência a necessidade de enfrentar os desafios atuais, ampliar a capacidade clínica da equipe da saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar intervenções, ampliando as ofertas, melhorar o modelo da atenção com agenda programada e modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde de maneira singular, integral, equânime e compartilhada, da organização e avaliação do processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea com a adoção de protocolos e da avaliação e estratificação de risco como ferramenta, aplicação correta da classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica com o apoio da comunidade, por meio dos conselhos locais para contribuir efetivamente para o fortalecimento da atenção básica, no seu papel protagonista de produção e gestão do cuidado integral, impactando positivamente na vida das pessoas e coletivos mediante transformações intensas que requerem um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores.

Diante dessa realidade apresentada, a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 95 crianças entre zero e 12 meses pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 91% (86). Destas, 70% (60) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 30% (26) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 70% (60) realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 100% (86) realizaram triagem auditiva, 100% (86) realizaram teste do pezinho, possuem monitoramento do crescimento na última consulta, estão com as vacinas em dia e receberam orientações para o

aleitamento materno exclusivo e nenhuma das crianças possui avaliação de saúde bucal bem como também não possui registros de orientações fornecidas para a prevenção de acidentes.

A Unidade Sanitária realiza atendimento de puericultura somente para o grupo etário de crianças menores de 12 meses, não atendendo a demanda de crianças entre 12 e 72 meses. As consultas são realizadas por uma pediatra de outro município uma vez por semana no turno da tarde sendo insuficiente e não cobrindo as demandas, gerando atrasos. Além disso, algumas comunidades são distantes da unidade o que dificulta a cobertura de 100% das consultas programadas.

É preciso incorporar mais profissionais à puericultura para melhorar a cobertura e a qualidade das consultas diminuindo as demandas de atendimentos de problemas de saúde aguda, organizar os protocolos de atendimentos, e aumentar ações no cuidado às crianças como, por exemplo, problemas de saúde bucal, saúde mental, prevenção de anemia, violência e programas de prevenção geral.

Não existe classificação para identificar crianças de alto risco nem protocolos (atendimentos especialidades, internação hospitalar, pronto-atendimento, pronto socorro) para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos são registrados na caderneta de saúde das crianças sem deixar evidências na Unidade Sanitária do atendimento não existindo um arquivo específico o que impede uma revisão e avaliação periódica com a finalidade de verificar crianças faltosas, completude de registros atrasa de peso ou vacinas, crianças de risco, qualidade do programa.

Os profissionais que atuam na Unidade Sanitária e avaliam uma criança não solicitam a caderneta, pois somente se limitam ao problema de saúde agudo. No entanto, poderiam atualizar informações, oferecer dicas de alimentação, avaliar curva de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, explicar sinais de risco, recordar a data da próxima vacina.

A equipe de saúde não realiza atividades com grupos de mães das crianças da puericultura, não existindo também um profissional que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura. Verifica-se que há necessidade de realizar reuniões com uma frequência que permita

organizar relatórios, avaliação e monitoramento do programa de puericultura. É preciso que a equipe priorize as visitas domiciliais às gestantes e às crianças na primeira semana pós-parto oferecendo informações vinculadas às necessidades da família com atividades educativas e mais humanizadas a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção.

Os denominadores estimados no CAP para nossa Unidade Sanitária distam muito da realidade, pois somente acompanhamos um total de 60 (51%) gestantes da estimativa de 118 gestantes apresentando um baixo índice de cobertura. Das 60 gestantes acompanhadas 93% (56) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 97% (58) estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, mas a 100% (60) das gestantes foram solicitados na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, foram administradas as vacinas antitetânica e Hepatite B conforme protocolo fornecido prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo. Apenas 25% (15) foram avaliadas quanto à saúde bucal e uma (0,6%) realizou o exame ginecológico por trimestre recomendado.

No entanto, alguns indicadores de qualidade apresentam-se satisfatórios, pois a atenção é realizada por especialistas apesar de ser insuficiente o número de consultas devido ao excesso de demanda. Dessa forma, não há busca precoce (até 12ª semana) das gestantes para início das consultas além de atrasos das consultas de acordo com calendário do Ministério da Saúde e dificuldade quanto à avaliação de saúde bucal.

O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 91% (86) com indicadores de qualidade de 100% (86) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, registro dessa consulta, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, exame das mamas e do abdome. Entretanto, nenhuma das puérperas recebeu orientação sobre planejamento familiar, não realizou exame ginecológico e nem foi avaliada quanto ao seu estado psíquico e quanto à intercorrências.

A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes da Unidade Sanitária com profissionais dos demais serviços

de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária.

Podemos avaliar que nossa Unidade Sanitária não cumpre de forma aceitável os protocolos de atendimentos, com uma participação tímida da equipe, em que os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados promovendo qualidade de vida às nossas gestantes e puérperas.

O processo de trabalho da atenção pré-natal em nossa unidade de saúde necessita melhorar as ofertas de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. É importante que a equipe, conheça a população adstrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. Ainda que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe e mais acolhedora for à equipe da Unidade Sanitária, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal.

Entre as ações destaca-se a promoção da escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes". Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Temos um total de 2.177 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área da cobertura da Unidade Sanitária. Destas, acompanhamos 1.806 (83%) mulheres residentes e cadastradas. No entanto, os indicadores de qualidade estão muito abaixo do preconizado. Apenas 481 (27%) das mulheres acompanhadas estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias; 1.325 (73%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso; 140 (8%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado e para estas também nos exames coletados estiveram presentes as células representativas da junção escamocolumnar. Apenas 5 (0,3%) mulheres possuem avaliação de risco para

câncer de colo de útero. Entretanto, a 1.806 (100%) das mulheres foi oferecida orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Precisamos incorporar mais profissionais ao programa na prevenção primária para remover causas e fatores de risco, intensificar a promoção à saúde e proteção por meio do uso de preservativo na relação sexual para diminuir chance de adquirir DST, incluindo ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo destacando que o controle do tabagismo pode ajudar a minimizar o risco de câncer do colo do útero, pois esta também é uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde.

A coleta de exame citopatológico é realizada pela manhã em dois dias da semana o que limita a possibilidade de aumentar o número de exames ocasionando o atraso do programa. Das mulheres identificadas com exame citopatológico alterado dos últimos três anos não foi possível conhecer os resultados, pois o acompanhamento é realizado pelo especialista e não existem registros desta atenção nem arquivos específicos. O programa é revisado somente por uma enfermeira sem uma periodicidade definida. Há necessidade de melhorar o planejamento, gestão e coordenação do programa e organizar uma equipe multiprofissional que se dedique à avaliação e monitoramento do programa além de realização de atividades com grupos de mulheres o que promoveria qualidade ao programa.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados são a incorporação de mais profissionais, a utilização dos protocolos específicos por todos os profissionais, criação de registros que permitam o seguimento, controle e o acompanhamento das mulheres com exame citopatológico alterado, melhorar a organização destes registros, incorporar ao trabalho diário a realização de atividades de grupo, às reuniões da equipe semanal o planejamento, organização e gestão das ações de controle do câncer de colo de útero com uma avaliação e monitoramento, oferecer amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas.

A forma de registro pode ser melhorada, pois somente há registro de realização do exame citopatológico, mas verificamos que é importante descrever a forma do colo de útero, presença de ferimento, lesão ou características da

secreção vaginal para facilitar a evolução da doença e adotar uma estratégia mais adequada além de descrever no formulário especial cada observação para que em consultas posteriores, possam-se avaliar as lesões encontradas com maiores detalhes.

Para o controle do câncer do colo do útero, a melhora do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais e isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho e também articulação intersetorial, com setores do setor público e sociedade civil organizada.

É muito importante implantar a utilização do prontuário eletrônico para que possamos colocar todos os dados pessoais, endereço, data do exame, resultados dos exames, conduta, encaminhamentos, resultado do atendimento especializado, exames realizados na atenção secundária permitindo comparação dos exames (anteriores e o atual).

Do total de 816 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 633 (78%) mulheres residentes e cadastradas na unidade. Dentre as acompanhadas, 436 (69%) estão com mamografia em dia, 197 (31%) estão com mamografia com mais de 3 meses em atraso; apenas 15 (2,3%) das mulheres estão com avaliação de risco para câncer de mama e a 633 (100%) das acompanhadas oferecemos orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Realizamos prognóstico, diagnóstico e tratamento precoce nos diferentes espaços do município levando em conta que as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil o que, muito provavelmente, pode estar associado ao diagnóstico tardio e/ou em estádios avançados da doença.

A realização de ações de prevenção para o controle do peso corporal, o estímulo à prática regular da atividade física e as orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool são realizadas no trabalho diário por todos os profissionais da ESF. É fundamental a educação em saúde para a mulher e para os profissionais de saúde para que reconheçam sinais e sintomas de câncer de mama, assim como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

O rastreamento do câncer de mama acontece em um turno, duas vezes por semana e a prefeitura contrata os serviços de uma caminhão móvel que

aumenta as possibilidades de realização de um número maior de mamografias anuais. Isto tem uma boa aceitação pela comunidade e é realizado com agendamento e excelente controle pelos ACS.

Todos os profissionais da Unidade Sanitária realizam o exame de rastreio às mulheres que oportunamente chegam à Unidade Sanitária o que aumenta a efetividade do programa, cumprindo com o protocolo do Ministério de Saúde apesar de não poder avaliar o acompanhamento das mulheres identificadas com mamografia alterada por não existir um registro e arquivo específico e sua revisão periódica realizada apenas pela enfermeira que é responsável também pelo planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama. Há necessidade de incorporar mais profissionais à avaliação e monitoramento além de realizar reuniões sistemáticas para discutir os relatórios com os resultados encontrados

Hoje, em todas as atividades em que estamos presentes discutimos sobre a importância de realizar a mamografia, a prevenção do câncer de mama, realização e participação de atividades de grupo oferecidas pela Unidade Sanitária. Trabalha-se intensamente no planejamento, organização e gestão das ações de controle do câncer de mama havendo necessidade de maior avaliação e monitoramento.

Destaca-se em particular a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física com amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos (estilo de vida, obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal) podendo ser controlados e contribuir para diminuir a incidência do câncer de mama. Orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e estimular que cada mulher realize o autoexame das mamas faz com que pequenas alterações mamárias sejam descobertas.

È necessário programar estratégias de ampliação da comunicação e do diálogo com a população com o objetivo de promover a escolha informada e o exercício da autonomia na aderência a protocolos de rastreamento.

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, envolvendo intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e cura, planejar e programar as ações de controle com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade.

É importante garantir a qualidade do registro das ações, conhecerem os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas da comunidade, realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, desenvolver atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promover a mobilização e a participação da comunidade, acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais da equipe, estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com o planejamento da equipe, visando à promoção da saúde, à prevenção, e ao acompanhamento das mulheres, realizarem visitas domiciliares às mulheres com resultados alterados, para estimular a adesão ao tratamento e fazer busca ativa das faltosas. Em nosso município é excelente o trabalho da Liga contra o Câncer o qual favorece e ajuda ao cumprimento do programa.

Quanto às pessoas como hipertensão, temos um total de 1.768 usuários hipertensos com 20 anos ou mais segundo a estimativa do CAP. Destes, acompanhamos na Unidade Sanitária um total de 701 (40%) hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, a solicitação de exames complementares periódicos em dia, orientações sobre prática de atividade física regular e orientações nutricionais para uma alimentação saudável está sendo ofertada para apenas 9% (60), um total de 91% (641) estão em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias e somente 2,8% (20) possuem avaliação de saúde bucal e não existe consulta.

São insuficientes às ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, oferecemos os atendimentos de forma não planejada e sem agendamento programado sendo necessário incorporar mais profissionais como Educador Físico, Psicólogo e Odontólogo.

Não existe protocolo de atendimento para usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes em nossa Unidade Sanitária, nem utilizamos classificação para estratificar o acesso a outros níveis do sistema de saúde, os atendimentos são registrados no prontuário clínico e na ficha de atendimento nutricional aos usuários que participam da reunião do grupo de hipertensos e/ou diabéticos, não existe arquivo específico para estes registros dos atendimentos não sendo possível sua revisão periódica, sendo necessário que os profissionais incorporem à prática clínica como reconhecer sinais de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Hoje, nossa equipe de saúde está concluindo o cadastramento da população para conhecer o número real de usuários hipertensos e/ou diabéticos. O funcionamento do grupo acontece na última terça de cada mês com participação de 9% do total de usuários diagnosticados o qual deve crescer progressivamente com o trabalho atual da equipe, devendo-se programar o planejamento, gestão e coordenação das ações, realizarem reuniões periódicas com avaliação e monitoramento do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

Em relação ao Diabetes mellitus (DM) os resultados são muito semelhantes, pois a cobertura está apenas com 32% tendo em acompanhamento 164 usuários diabéticos do total de 505 usuários segundo a estimativa do CAP. A realização de estratificação de risco cardiovascular é precária sendo realizada a apenas 9% (15), 100% (164) estão com atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias e 27% (45) estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, com orientação sobre prática de atividade física regular, com orientação nutricional para alimentação saudável, com avaliação de saúde bucal em dia.

Alguns aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados seriam a utilização de registros específicos para doenças crônicas, os quais podem facilitar nosso trabalho estatístico sendo um das recomendações solicitadas em nossa reunião de equipe, realização de avaliação do risco cardiovascular nas consultas de controle, programar as visitas ao domicílio priorizando usuários com doenças crônicas (HAS e DM). Acordamos com o Secretário de Saúde e com o Laboratório para produzirmos kits de exames clínicos a cada três meses para o ano 2015 ao grupo de hipertensos e/ou diabéticos com avaliação periódica. Manter as atividades de orientação quanto aos modos de vida saudável, nutrição e atividades físicas, incorporar as avaliações na saúde bucal com consultas programadas.

Organizar arquivos específicos além de melhorar as informações dos grupos, pois se faz necessário melhorar a qualidade das atividades educativas e aumentar as frequências no mês.

Existem dificuldades que podem ser trabalhadas com apoio de nossa equipe de saúde e as organizações de líderes da comunidade, incrementando-se atividades de orientação quanto aos estilos de vida saudável, por meio de serviços de rádio e jornais, organização de registros específicos que permitam um melhor controle das incidências e prevalência das doenças em análises, realizar atividades de capacitação em reuniões da equipe para focalizar nossos controles na busca de sinais físicos que permitam validar estádios evolutivos da doença, que muitas vezes esquecemos devido ao tempo limitado destinado aos atendimentos, sem agendamentos planejados. Além disso, devemos reprogramar os atendimentos, permitindo uma maior cobertura que ofereça tempo para fazer estas explorações.

Nosso município é considerado envelhecido, semelhante ao Brasil, pois temos 11,3% da população com mais de 60 anos. Acompanhamos 896 idosos perfazendo 83% da estimativa de 1.080 pessoas com mais de 60 anos. Dentre os acompanhados, aproximadamente 22% (200) são hipertensos e 8% (75) são diabéticos. Em nossa Unidade Sanitária existem déficits de cadernetas de saúde da pessoa idosa, pois apenas 22% (200) a possuem, não realizamos Avaliação Multidimensional rápida, acompanhamento em dia e nem investigação de indicadores de fragilização na velhice, um total de 28% (250) possui avaliação de

risco para morbimortalidade, recebem orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividade física regular e 4,5% (40) estão com avaliação da saúde bucal em dia.

Somente existe um grupo de idosos acompanhado pela fisioterapeuta através da Secretaria da Assistência Social, no qual a equipe de saúde participa por convite para fazer alguma palestra ou atividade de saúde solicitada.

As consultas aos idosos acontece segundo a demanda espontânea e sem agendamento nem programação. Não existem protocolos de atendimentos e são oferecidas ações de imunização, promoção de atividades físicas, orientações hábitos alimentares saudáveis. Não existem arquivos específicos para os registros do atendimento nem avaliação da capacidade Funcional Global do Idoso por ocasião do exame clínico. Não existe o Estatuto nem programa de Atenção do idoso. O grupo de idosos realiza atividades todas as quartas de tarde no local de Assistência Social com uma participação pequena (20 a 30 pessoas).

As equipes de saúde realizam cuidados domiciliares aos idosos oferecidos pela enfermagem, o médico e os agentes comunitários, mas não são realizadas reuniões para o planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas nem existe avaliação e monitoramento das ações.

Poderiam ser melhorados alguns aspectos do processo de trabalho tais como aumentar a oferta de atendimentos aos usuários idosos com doenças crônicas que precisem da reabilitação, organização de caminhadas e “baile-terapias” para usuários nesta fase etária, continuar realizando palestras educativas de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, obesidade, entre outros em espaços da comunidade.

Criar arquivos específicos para os registros do atendimento dos idosos, revisando-os periodicamente com a finalidade de conhecer quais são os usuários faltosos aos retornos programados, atrasos em procedimentos e registros, identificar idosos de risco monitorando a qualidade dos atendimentos. Incentivar que nossos profissionais médicos avaliem a Capacidade Funcional Global do idoso, durante os atendimentos, fornecer aos familiares orientações relacionadas aos sinais de risco relacionados às doenças crônicas mais frequentes como HAS, DM, demências, acidentes, entre outras. Além disso, devemos destacar que são

poucos os idosos que recebem apoio familiar e pode ser que isso tenha relação com problemas culturais, educacionais e econômicos desta área.

Nossa Unidade Sanitária não dispõe das cadernetas de saúde da pessoa idosa, sem justificativa para o não uso, não é exigida nos atendimentos, nem são preenchidas as informações atuais dos usuários. É preciso solicitar os estatutos e programas de atenção do usuário idoso e, em parte isto justifica as deficiências resultantes de nossos atendimentos a este grupo de usuários. Fortalecer os trabalhos da equipe com apoio dos assistentes sociais que com os instrumentos dos deveres e direitos dos usuários, conscientizem usuários e familiares faltosos da importância deste tipo de ações de saúde na qualidade da vida da população idosa.

Existem muitas dificuldades em atividades programadas, atendimentos e complemento das estratégias para correto manejo do idoso, em que nossa estratégia de trabalho deva dirigir-se não somente às pessoas idosas, mas envolver as famílias que de forma mais direta podem contribuir na qualificação da atenção à saúde dos idosos. Organizar capacitações para que a equipe conheça os protocolos e direitos dos idosos, solicitar às famílias de idosos para que participem dos atendimentos na unidade e se envolvam nos cuidados domiciliares quando necessário, distribuir as cadernetas de saúde da pessoa idosa para que possamos manter o controle dos indicadores da saúde em nossos idosos intervindo em necessidades específicas de cada um qualificando o atendimento.

1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao comparar o primeiro texto da situação da minha Unidade Sanitária e o relatório tenho algumas mudanças de critério, agora na medida em que foram preenchidos os questionários temos um texto mais completo, minucioso que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela equipe no dia a dia. De forma geral, durante este período, os aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, abordados e levados à comparação com os dados do CAP. Existem muitas metas e desafios para serem alcançados e enfrentados no sentido de promover mudanças em prol da saúde da população neste serviço de saúde.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O desenvolvimento de ações no Programa de atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos é importante, pois grande parcela da população é afetada por estas doenças que são consideradas dois graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo e com alta prevalência (HAS 22,7% e DM 6,3%). Além disso, são responsáveis pelas primeiras causas de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde e ainda diminuem a qualidade de vida e podem levar a incapacidades em muitas pessoas (BRASIL, 2013; BRASIL 2013a).

As complicações agudas e crônicas decorrentes destas patologias causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Evidências demonstram que o bom manejo destes problemas ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, portanto, fazer uma intervenção sistematizada e permanente é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a estes problemas de saúde. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2103a).

A Unidade Sanitária possui uma população estimada em 7.911 habitantes, em uma área territorial de 265.427 km² com densidade demográfica de 28,91 habitantes por km². É vinculada à prefeitura, 100% SUS, anexa ao hospital do município. Possui em sua equipe 3 médicos, 4 odontólogos, 18 ACS, 2 enfermeiras e 2 técnicos de enfermagem. Não são desenvolvidas atividades de ensino, atendemos a demanda de segunda a sexta-feira. Há estimativa de 1.768 usuários hipertensos com 20 anos ou mais. Destes, acompanhamos na Unidade Sanitária um total de 701 (40%) hipertensos e em relação ao Diabetes mellitus a

cobertura está em 32%, pois acompanhamos 164 diabéticos do total de 505 usuários segundo a estimativa do CAP.

A qualidade da atenção à saúde desta população necessita ser melhorada, pois a realização de estratificação de risco cardiovascular é deficiente, não realizamos avaliação dos pulsos nem medida da sensibilidade dos pés nem avaliação de saúde bucal, os exames complementares são realizados de forma irregular e sem protocolo, são insuficientes as ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, sendo necessário incorporar mais profissionais como Educador Físico, Psicólogo e Odontólogo, não existem protocolos de atendimento, nem utilizamos classificação para estratificar o acesso a outros níveis do sistema de saúde, os atendimentos são registrados no prontuário clínico, não existe arquivo específico para registros dos atendimentos não sendo possível sua revisão periódica, temos que aumentar as atividades de orientação quanto à alimentação saudável, prática regular de atividades físicas, riscos de tabagismo e higiene bucal.

Verificamos a necessidade de implantar um arquivo específico para o controle do programa e selecionar responsáveis pelo monitoramento dos registros. Além disso, manter informações atualizadas, organizar consultas e monitoramento de exames complementares. Nas reuniões semanais da equipe realizar capacitações sobre estratificação de risco com órgãos alvo afetados. Assim, destaca-se a importância da realização desta intervenção ampliando estratégias para redução de fatores de risco modificáveis e controle dos não modificáveis a fim de qualificar a atenção à saúde da população hipertensa e/ou diabética pertencente à esta Unidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na Unidade Sanitária Boqueirão do Leão, Boqueirão do Leão/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 67% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 64% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da HAS e DM, na Unidade Sanitária Boqueirão do Leão/RS. Para a realização dessa intervenção foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar da intervenção todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus estimadas pelo CAP para a área de abrangência da Unidade Sanitária.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 e 1.2 - Cadastrar 67% dos hipertensos e 64% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os hipertensos e/ou diabéticos cadastrados, atualizando os registros pelos ACS 1 vez por mês, mediante o uso de planilha de coleta de dados além de monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade para garantir a captação e acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes em nossa área de atuação nos diferentes espaços da comunidade, visitas domiciliares, encontros dos grupos e consultas na unidade para isso monitorará o percentual de hipertensos e/ou diabéticos que ingressarem no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde assim como realizar o agendamento imediato de consulta para usuários com Pressão Arterial (PA) e glicose alterada, bem como informaremos aos hipertensos e/ou diabéticos

acerca das facilidades de se realizar o acompanhamento adequado de sua doença na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) medida de glicose (glicose metro, fita) na unidade de saúde.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa para isso foi feito o cadastramento e registro pelos ACS dos usuários hipertensos e/ou diabéticos nas visitas domiciliares, encontros da comunidade e grupos, incluindo usuários que buscam consultas por demanda espontânea, além de reorganizar agendas de trabalho para aumentar os atendimentos semanais e visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários com a pesquisa sistemática e contínua na busca de usuários com PA e glicose elevada sem diagnóstico nem acompanhamento na unidade de saúde. Será selecionada uma enfermeira para garantir o registro a qual realizará a consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme os protocolos e normativa técnica solicitará exames complementares e encaminhará quando necessário e também priorizará o atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos. Garantiremos um arquivo especificamente para o controle das fichas de atendimento. Realizamos reunião da equipe para melhorar o acolhimento por todos os profissionais e garantiremos junto ao gestor os materiais adequados para a tomada da medida da pressão arterial e glicose.

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

Detalhamento: Realizar palestras em bairros comunitários, estabelecimentos públicos além de utilizar meios de difusão em massa, com apoio da equipe para divulgar o trabalho a ser realizado com os hipertensos e/ou

diabéticos com oferecimento de ações de educação permanente em saúde à população através das palestras realizadas no grupo de HAS-DM, encontro com as comunidades todas as quartas-feiras pela manhã e também pela abordagem das ACS durante as visitas domiciliares e em acolhimento da demanda espontânea em que informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, informamos sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para o diagnóstico e acompanhamento destas doenças, conversando sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, esclarecendo sobre os fatores risco para o desenvolvimento de hipertensão.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial e glicose de forma criteriosa.

Detalhamento: Capacitar os ACS em reuniões semanais na unidade para o cadastramento dos usuários e treinar a equipe para a verificação da pressão arterial com uso adequado do material. Nas reuniões da equipe, todas as quintas-feiras à tarde, dedicaremos 2h para capacitação da equipe sobre os diferentes temas referentes ao programa de atenção à hipertensão e ao diabetes, avaliaremos o andamento do cadastramento e as dificuldades da semana, agendaremos as visitas domiciliares aos usuários faltosos e avaliaremos a programação das consultas da próxima semana.

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

Meta 2.1 e 2.2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade para garantir a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de atuação nos diferentes espaços

da comunidade, visitas domiciliares, encontros dos grupos e consultas na unidade revisando sistematicamente as fichas dos atendimentos que ingressarem no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde assim como realizaremos o exame clínico na consulta e espaços adequados nas comunidades.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no Programa. Os ACS lembrarão aos usuários a realização dos exames laboratoriais. No acolhimento, a enfermeira fará as medidas antropométricas: peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e aferição da cintura abdominal (CA), medida da PA e frequência cardíaca: duas medidas de PA, separadas por, pelo menos, um minuto, com usuário em posição sentada. Em usuários com suspeita de hipotensão postural (queda de PAS ≥ 2 mmHg e PAD ≥ 10 mmHg) e/ou idosos, recomenda-se verificar a PA também nas posições deitada e em pé. O médico fará o exame clínico utilizando inspeção, palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgência jugular e palpação de tireoide, exame do precórdio e ausculta cardíaca, exame do pulmão, do abdômen, das extremidades com palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos, exame neurológico sumário e exame de fundo do olho.

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

Detalhamento: Realizaremos palestras semanais em bairros comunitários, estabelecimentos públicos além de utilizar meios de difusão em massa, com apoio da equipe para orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar semanalmente a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe todas as quintas-feiras à tarde dedicaremos 2h para capacitação da equipe sobre os diferentes temas referentes ao Programa de atenção a hipertensão e ao diabetes aprofundando conhecimento quanto à realização de exame clínica.

Meta 2.3 e 2.4 – Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade para garantir a realização de exames laboratoriais dos usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes em nossa área de atuação de acordo com a periodicidade segundo os protocolos nos diferentes espaços da comunidade, visitas domiciliares, encontros dos grupos e consultas na unidade para isso revisar-se-á sistematicamente as fichas dos atendimentos dos usuários que ingressarem no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde assim como se realizarão os exames laboratoriais no serviço conveniado.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no Programa. Os ACS lembrarão aos usuários a realização dos exames laboratoriais. Por ocasião do acolhimento a enfermeira revisará na ficha os exames laboratoriais solicitados e estabelecerá um sistema de alerta e informará ao médico. O médico, na consulta indicará e avaliará os exames segundo protocolos. A recepcionista recolherá diariamente os exames do laboratório e entregará à enfermeira. A chefia do laboratório será a responsável pela agilidade da realização dos exames complementares definidos no protocolo e convênio

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população através das palestras realizadas durante o grupo de HAS-DM, encontros com as comunidades todas as quartas pela manhã e também por meio da abordagem das ACS durante as visitas domiciliares e em acolhimento da demanda espontânea em que informaremos à comunidade a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados segundo o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde, informaremos sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para fazer os exames todos os dias.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente realizaremos capacitações do protocolo adotado na unidade sobre os exames laboratoriais para os hipertensos e/ou diabéticos.

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular com atualização dos registros das necessidades pelos farmacêuticos 1 vez por mês.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na Unidade Sanitária.

Detalhamento: O farmacêutico realizara controle do estoque de medicamentos mensalmente e entregara à chefia de Atenção Primária à Saúde

(APS) um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos segundo protocolo da Unidade Sanitária.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso.

Detalhamento: Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população através das palestras realizadas no grupo de HAS-DM, encontros com as comunidades todas as quartas-feiras pela manhã e também pela abordagem das ACS durante as visitas domiciliares e no acolhimento da demanda espontânea em que informaremos à comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos disponibilizados pela Farmácia Popular e as alternativas para ter acesso e suas facilidades.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na unidade para atualização no tratamento da hipertensão e diabetes, para orientar os usuários sobre as alternativas para obter medicamentos da Farmácia Popular.

Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Avaliação semanal pelo odontólogo em conjunto com a equipe de saúde da unidade aos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados que necessitam de atendimento odontológico, com atualização dos registros pelos ACS 1 vez por semana, mediante o uso de planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no atendimento odontológico, primeiramente o registro pelos ACS das necessidades dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com uma programação e agendamento diário de 5 consultas para a área clínica para avaliação pelo odontólogo o qual organizará sua agenda de trabalho em função das necessidades dos usuários acompanhados.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A equipe irá informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente em hipertensos e/ou diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente o odontólogo da ESF realizará capacitações sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Meta 3.1 e 3.2 – Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade para garantir o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) nos diferentes espaços da comunidade, visitas domiciliares, encontros dos grupos e consultas na unidade para isso revisará sistematicamente as fichas dos atendimentos que ingressarem no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde assim como realizaremos também consultas em espaços adequados nas comunidades.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe nas consultas e visitas domiciliares, primeiramente, a enfermeira realizará um registro dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos a consulta e entregará a listagem aos ACS para que visitem e agendem consultas com o médico segundo programação diária prevista para os ACS junto à comunidade para acolhermos na unidade de saúde.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população através das palestras realizadas durante o grupo de HAS-DM, encontros com as comunidades todas as quartas-feiras pela manhã e também por meio da abordagem das ACS durante as visitas domiciliares e durante o acolhimento da demanda espontânea em que informaremos a comunidade sobre a periodicidade e importância de realização das consultas com que devem ser realizadas segundo o Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde, informaremos sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para o atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente o médico realizará orientações quanto às consultas dos hipertensos e/ou diabéticos e sua periodicidade segundo protocolo da unidade da saúde aos ACS.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados, atualizando os registros pelos ACS e enfermeira responsável 1 vez por semana, mediante o uso de planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa, implantando uma ficha para acompanhamento segundo o protocolo da unidade de saúde. Pactuar com a equipe o registro das informações, sendo uma enfermeira a responsável pelo registro dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados a qual manterá também as informações do SIAB atualizadas e viabilizará situações de alerta para o médico e os ACS sobre atraso nas consultas, exames e realização de estratificação de risco assim como avaliação de órgão alvo e ao estado de compensação da doença, além de reorganizar agendas de trabalho para aumentar os atendimentos semanais e visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários.

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

Detalhamento: Realizar em equipe palestras nos bairros comunitários, estabelecimentos públicos, além de utilizar meios de difusão em massa para divulgar à comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário com os hipertensos e/ou diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e o ACS em reuniões semanais na Unidade Sanitária para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e capacitar a equipe da Unidade Sanitária para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5 – Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1 e 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de Unidade Sanitária os hipertensos e/ou diabéticos para garantir na consulta a realização da estratificação de risco pelo médico, com a revisão dos registros pelos ACS e da enfermeira responsável 1 vez por semana, mediante o uso de planilha de coleta de dados além de monitorar em conjunto com a equipe de saúde para garantir sua avaliação nos diferentes espaços da comunidade, visitas domiciliares, encontros dos grupos e consultas na unidade para isso monitorará o percentual de hipertensos e/ou diabéticos que não tem estratificação de risco.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa, primeiramente priorizando o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, revisão semanal destes usuários pelos ACS e enfermeira responsável, além de reorganizar agendas de trabalho para aumentar os

atendimentos diários e visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular da hipertensão e diabéticos e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na unidade para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo destes usuários e treinar a equipe para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

Meta 6.1 e 6.2 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos, atualizando os registros pela nutricionista 1 vez por mês, mediante o uso de planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa, primeiramente priorizando organizar melhor as práticas coletivas sobre alimentação saudável, revisão semanal destes usuários pela nutricionista e enfermeira responsável, além de reorganizar as frequências do grupo de HAS-DM para aumentar sua incorporação, priorizar as visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários.

Engajamento Público: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde; mediante palestras semanais e encontros do grupo mensal além de orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da Unidade Sanitária sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe em reuniões semanais na Unidade Sanitária sobre práticas de alimentação saudável e treinar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.3 e 6.4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da Unidade Sanitária a realização de atividade física regular dos hipertensos e/ou diabéticos, atualizando os registros pelos ACS 1 vez por mês, sua incorporação aos grupos de caminhadas nas comunidades mediante o uso de planilha de coleta de dados avaliada pela fisioterapeuta.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa, primeiramente organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, revisão semanal destes usuários pelos ACS e pela enfermeira responsável, além de reorganizar as frequências do grupo de HAS-DM para aumentar sua incorporação, priorizar as visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da Unidade Sanitária; mediante palestras semanais e encontros do grupo mensal além de orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da Unidade Sanitária sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe em reuniões semanais na Unidade Sanitária sobre a promoção da prática de atividade física regular e treinar a equipe sobre metodologias de educação em saúde

Meta 6.5 e 6.6– Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da Unidade Sanitária o hábito do tabagismo nos usuários hipertensos e/ou diabéticos atualizando registro pelos ACS 1 vez por mês, mediante o uso de planilha de entrevistas realizadas aos usuários pelos ACS além de orientar sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa contra o tabagismo, primeiramente organizar a solicitação ao Ministério de Saúde para incluir nosso município para receber os medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo sob-responsabilidade da enfermeira.

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

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Abandono o tabagismo; mediante palestras semanais e encontros do grupo mensal. Ainda, orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância do abandono do tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da Unidade Sanitária sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e os ACS em reuniões semanais na Unidade Sanitária para o tratamento de usuários tabagistas e treinar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.7 e 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da Unidade Sanitária sobre higiene bucal dos hipertensos e/ou diabéticos atualizando registro pelos ACS 1 vez por mês, mediante o uso de planilha e orientando sobre os riscos da higiene bucal inadequada em hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa Atenção Odontológica, primeiramente organizando tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, revisão semanal destes usuários pelos ACS e pela enfermeira responsável, além de

reorganizar as frequências do grupo de HAS-DM para aumentar sua incorporação, priorizar as visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Higiene Bucal; mediante palestras semanais e encontros do grupo mensal além de orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na Unidade Sanitária sobre orientações de higiene bucal e treinar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 67% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou 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 saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2: Cadastrar 64% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou 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 saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado

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

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

Indicador 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 Sanitária.

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

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

Denominador: Número de hipertensos e/ou 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 priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e/ou 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 atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus em nossa Unidade de Saúde vamos adotar o Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério de Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha de Cadastro do hipertenso e diabético e uma ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético para o monitoramento da intervenção. Estimamos alcançar com a intervenção 67% hipertensos e 64% diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para disponibilizar as 640 fichas-espelho (**Anexo C**) previstas para a intervenção e a impressão das 640 fichas complementares (**Anexo D**) que serão anexadas às fichas espelho.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o cadastramento recente feito pelos agentes comunitários de saúde identificando todos os usuários com hipertensão e diabetes. A profissional localizará os prontuários para a ficha espelho destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da Unidade Sanitária. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, esta capacitação ocorrerá na própria Unidade Sanitária, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe semanalmente. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e/ou diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela enfermeira responsável do programa, usuários com PA o glicose alterada serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação de usuários ao programa, usuários com problemas agudos ou descompensados serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências, os usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem por consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor que 3 dias. Os hipertensos e/ou diabéticos que vierem à consulta sairão da Unidade Sanitária com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas 40 consultas por semana.

Realizaremos o exame clínico nas consultas em locais apropriados nas comunidades com estratificação do risco cardiovascular e a revisão dos exames complementares segundo protocolo da Unidade Sanitária com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes das comunidades da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do programa de atenção ao hipertenso e diabético, solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação destes usuários e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população através das palestras realizadas durante o grupo de HAS-DM as terças à tarde, encontros com as comunidades todas as quartas pela manhã e também por meio da abordagem das ACS durante as visitas domiciliares e em acolhimento da demanda espontânea em que informaremos a comunidade da existência do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde com orientação nutricional sobre alimentação saudável pela nutricionista, orientação sobre a prática regular de atividade física pela fisioterapeuta assim como risco de tabagismo pela enfermeira responsável do programa, também o odontólogo oferecerá orientações sobre higiene bucal.

Semanalmente a enfermeira responsável examinará as fichas-espelho dos usuários hipertensos e/ou diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e/ou laboratoriais em atraso. Os ACS farão busca ativa de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos em atraso. Estima-se alcançar 15 usuários por semana totalizando 60 por mês. Ao fazer a busca já agendar-se á os usuários para um horário de sua conveniência.

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha da intervenção (**Anexo B**).

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para realizar a intervenção no sentido de qualificar o Programa de Atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na Unidade de Saúde de Boqueirão do Leão/RS utilizamos o Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério de Saúde, 2013. Utilizamos a ficha de Cadastro do hipertenso e diabético e uma ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético para coleta e monitoramento da intervenção.

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi necessária devido ao período de férias do especializando durante o curso a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS, sem prejuízo das ações previstas.

Foi estimado como meta cadastrar e avaliar 67% hipertensos e 64% diabéticos em 16 semanas de intervenção, a qual foi superada na diabetes e não na hipertensão, pois avaliamos 67,7% diabéticos e 60,8% hipertensos no período de 12 semanas. Este foi reduzido de 16 para 12 semanas para ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS.

Ainda, a redução é devida também ao fato de que a equipe não conseguiu dar continuidade às ações previstas para a intervenção durante o período de férias do especializando em virtude da redução da equipe e do excesso de demanda na Unidade Sanitária para os demais que permaneceram trabalhando, pois no período de férias do especializando a enfermeira da equipe também saiu de férias, o que inviabilizou a continuidade das ações no período.

Neste momento, finalizadas as semanas de intervenção a equipe continuará a desenvolver as atividades com a mesma qualidade para alcançar 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, cadastrando-os e oferecendo o atendimento segundo protocolo de atendimento preconizado.

Contamos com o compromisso e responsabilidade de todos os membros da equipe e hoje é uma realidade a melhoria da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na Unidade Sanitária de Boqueirão do Leão/RS. Mesmo com a mudança do gestor municipal não houve alteração no resultado da intervenção, pois todos os compromissos assumidos foram mantidos com a mesma responsabilidade, pois foram fornecidas as fichas-espelho impressas necessárias bem como as fichas complementares que foram anexadas às fichas-espelho, apenas não conseguimos a aquisição de mais aparelhos para verificação de PA e Glicose.

Para organizar o registro específico do programa, as enfermeiras revisaram o cadastramento realizado pelos ACS identificando todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da unidade, localizaram os prontuários e transcreveram para a ficha-espelho destes usuários todas as informações disponíveis no prontuário clínico, ao mesmo tempo realizaram o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Após, a identificação dos usuários que fariam parte da intervenção, desenvolvida em 12 semanas a contar da quarta semana do mês de Janeiro/2015, foram realizadas duas semanas de capacitação sobre o tema HAS-DM e sobre o funcionamento do programa bem como impressão da literatura para embasamento dos estudos. Houve participação de todas as ACS e funcionários da Unidade Sanitária dos momentos de capacitação e todos tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas e opinar para adequar o funcionamento do programa tornando assim, a atividade bastante proveitosa. Os momentos de reuniões com a equipe também foram utilizados para discutir e sistematizar as atividades que seriam veiculadas aos usuários.

Por meio do registro dos usuários pertencentes aos grupos de HAS/DM da unidade iniciamos a intervenção. Foram realizados dois encontros mensais com o grupo de HAS-DM, totalizando 6 encontros no período da intervenção.

Para as fichas-espelho impressas foi organizado um arquivo específico para cada grupo. Este arquivo encontra-se disponível na sala da enfermagem, organizado por número do grupo. Todos os usuários considerados participantes da intervenção e que foram atendidos clinicamente receberam um número indicativo no seu prontuário para facilitar o trabalho das enfermeiras e das ACS para o monitoramento. Estas fichas-espelho foram entregues ao médico juntamente com o prontuário, no momento da consulta para ser finalizado o preenchimento. Somente foram adicionados à planilha de coleta de dados os usuários que receberam atendimento clínico pelo médico.

Assim, foram avaliados 764 usuários destes 731 hipertensos e 201 diabéticos, com atendimento, em média, de 12 usuários hipertensos e/ou diabéticos por dia. Este resultado é positivo também pela contribuição da Dra. Gabriela a qual iniciou em nossa Unidade Sanitária pelo Programa PROVAB no início de março 2015, ela colaborou muito para o êxito da intervenção e permitiu-me dedicação exclusiva para a execução das atividades relacionadas à intervenção enquanto ela assumiu o restante das consultas da Unidade Sanitária.

No decorrer da intervenção foram realizadas vinte visitas domiciliares por semana, realizando avaliação de aproximadamente 240 usuários hipertensos e/ou diabéticos em nível domiciliar. A maioria estava com exames complementares atrasados e vários com HAS-DM descompensada. Ao final da intervenção o maior percentual destes já se encontrava com exames em dia, doença controlada, receitas atualizadas e em uso de medicações pertencentes à farmácia popular.

Durante as reuniões e consultas foram realizadas conversas com os usuários sobre hábitos de vida saudável e sobre a patologia em si, também houve o preenchimento das fichas-espelho, aferição dos sinais vitais, solicitação de exames e readequação (com esclarecimento) das medicações. Em relação a isso, tive certa resistência por parte de alguns usuários quanto à substituição das medicações, principalmente aquelas prescritas no sistema privado, sendo então acolhida a decisão do usuário. Em associação, a questão da educação em saúde esteve e permanece sempre em foco, extinguindo a característica das consultas e dos grupos serem apenas um momento de entrega das medicações.

Tive participação em 12 grupos de saúde desenvolvidos pela Unidade Sanitária nas comunidades para hipertensos e/ou diabéticos (e seus

acompanhantes). Nestas atividades comunitárias, cada semana foi realizada uma palestra coletiva com o tema “HAS/DM: hábitos de vida saudável”, sendo abordado de diferentes formas pelo fisioterapeuta, odontólogo, nutricionista, psicóloga e eu com a participação de aproximadamente 720 pessoas. Também confeccionamos panfletos explicativos para serem entregues na unidade e nos grupos.

Uma ação muito importante, iniciada desde o princípio da intervenção e que perdura, foi à reserva de cinco consultas/turno para agendamentos/retornos. Esse agendamento pode ser solicitado por qualquer membro da equipe, quando for necessária avaliação médica. Foi um passo muito grande em um sistema que somente trabalhava com demanda espontânea até o momento. Além disso, realizamos revisão semanal das fichas-espelho e agendamento das consultas por meio de contato telefônico e visitas domiciliares. Foi uma experiência diferente, pois ninguém havia ligado antes para agendar consultas; mas todos agradeceram muito a iniciativa e compareceram à consulta agendada.

O acolhimento aos hipertensos e/ou diabéticos que buscaram pelo serviço foi realizado pelas responsáveis do programa, usuários com PA ou glicose alterada foram atendidos com prioridade no mesmo turno para ampliar a captação de usuários ao programa, usuários com problemas agudos ou descompensados foram atendidos com urgência no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências, os usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscaram por consultas de rotina tiveram prioridade no agendamento, os hipertensos e/ou diabéticos que vieram à consulta saíram da Unidade Sanitária com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não houve necessidade de alterar a organização da agenda, estas foram priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento, para agendar os usuários provenientes da busca ativa foram reservadas 25 consultas por semana.

Na tentativa de avaliar como está a atuação da equipe em relação à intervenção, foram entregues as fichas-espelho (com as instruções) para as enfermeiras, para que elas atuassem nos grupos realizando o preenchimento das fichas, fornecendo orientações, encaminhando à Unidade Sanitária os usuários com alguma descompensação, identificando os exames em atraso ou receitas

desatualizadas, entre outras. Foi uma atividade muito válida, pois elas fizeram adequadamente o preenchimento e o desempenho das ações previstas.

Realizamos o exame clínico nas consultas e em locais apropriados nas comunidades com estratificação do risco cardiovascular e a revisão dos exames complementares segundo protocolo da Unidade Sanitária com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Mantivemos contato com a associação de moradores e com os representantes das comunidades da área de abrangência e apresentamos o projeto esclarecendo a importância da realização do programa de atenção ao hipertenso e diabético, solicitando apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação destes usuários além de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Oferecemos ações de educação permanente em saúde à população por meio de palestras realizadas durante o grupo de HAS-DM as terças à tarde, encontros com as comunidades todas as quartas pela manhã e também por meio da abordagem das ACS durante as visitas domiciliares e em acolhimento da demanda espontânea em que informamos a comunidade da existência do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde com orientação nutricional sobre alimentação saudável pela Nutricionista, orientação sobre a prática regular de atividade física pela Fisioterapeuta assim como risco de tabagismo pela enfermeira responsável do programa, também o odontólogo ofereceu orientações sobre higiene bucal.

Semanalmente as enfermeiras responsáveis examinaram as fichas-espelho dos usuários hipertensos e/ou diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e/ou laboratoriais em atraso. Os agentes comunitários de saúde fizeram busca ativa de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos em atraso, ao fazer a busca já agendavam os usuários para um horário de sua conveniência. Por tanto, a intervenção foi muito positiva, pois está sendo incorporada às atividades rotineiras da unidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desempenhadas sem dificuldade. Apenas quanto à questão das visitas domiciliares encontrei alguns obstáculos como

número expressivo de usuários com HAS e/ou DM com impossibilidade de acesso à unidade, grande demanda de atendimentos da unidade (ocupando quase todo o tempo) e falta de incentivo para esta atividade por parte dos demais médicos com a exceção da Dra. Gabriela (médica na Unidade pelo Programa PROVAB) que ajudou incondicionalmente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Dificuldades apenas na coleta do indicador relativo aos exames complementares, pois muitos usuários faziam os exames, mas não apresentavam ao médico e outros mostravam apenas ao seu médico particular, ficando algumas vezes incompleto os dados relativos aos exames complementares, o que resolvemos por meio da parceria com o laboratório que passou a enviar cópias dos resultados dos exames para a unidade, mas quanto à coleta e sistematização dos dados não houve nenhuma dificuldade.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.

Finalizamos a intervenção com muito entusiasmo e compromisso. Muitos pensaram que a tarefa seria impossível de cumprir, mas a população respondeu e a equipe assumiu com muita responsabilidade cada tarefa solicitada, estudo dos protocolos, monitoramento periódico dos registros, entrega do cartão controle na primeira consulta, providência de folders (**Anexo E**) para distribuição em consultas, visitas e palestras.

É importante destacar que a realização de acolhimento para os usuários hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Sanitária mudou muito após a intervenção, pois hoje cada usuário é acolhido, recebeu informações, folders e avaliação de enfermagem. São também realizadas conversas na sala de espera para orientações específicas sobre hipertensão e diabetes com a participação da nutricionista e psicóloga, as quais oferecem dicas para uma alimentação saudável e sobre saúde mental, sendo muito apreciado pela população.

Também se mantém encontros semanais com a comunidade e grupos de HAS e DM de acordo com a programação com aumento da participação em que oferecemos palestras e troca de experiências além de promoção à saúde relacionada à HAS e DM.

Estamos satisfeitos com o cadastramento, pois consideramos que o mesmo está adequado à realidade que foi modificada, pois durante a intervenção foram diagnosticados muitos usuários com as duas patologias. Os ACS agradecem pela capacitação recebida, pois hoje se sentem mais preparados e qualificados profissionalmente.

Considero que falta muito por fazer, pois a cobertura atual está muito abaixo da estimativa, mas o trabalho continuará com a mesma intensidade, pois em cada semana durante as reuniões de equipe verificaremos junto à equipe e ACS usuários que deverão ser incorporados ao programa e planejaremos visitas domiciliares semanais com os ACS. Manteremos a busca e pesquisa, pois diagnosticamos muitos casos que ainda não estavam cadastrados pelos ACS, uma vez que muitos usuários negam suas doenças e a tomada de medicamentos.

Hoje cada profissional da equipe tem conhecimento de suas responsabilidades com o programa, mas ainda é necessário manter o sistema de trabalho no dia a dia para cumprir com o protocolo de atendimento de HAS e DM.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo melhorar a adesão e qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e diabetes, residentes e pertencentes à área de abrangência da equipe Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS. Assim, durante a intervenção foram cadastrados 60,8% dos hipertensos e 67,7% dos diabéticos (com 20 anos ou mais) no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Contamos para isso com uma equipe bem integrada e comprometida com o projeto, executamos capacitações sistemáticas, planejamos em conjunto as ações, concluímos o cadastramento e trabalhamos intensamente na avaliação dos usuários no diagnóstico e adequado seguimento, oferecemos as consultas semanais de pesquisa e seguimento com um ótimo acolhimento e registro adequado.

A comunidade teve a oportunidade de conhecer o programa. Foi designado um odontólogo fixo para avaliação e atendimento das necessidades por meio de agendamento. Executamos um cronograma de consultas por comunidades em que os ACS agendavam 40 usuários (30 HAS e 10 DM) semanalmente, o que permitiu o controle dos usuários agendados além de consultas em visitas domiciliares em dois dias na semana.

Pertencem à área adstrita, conforme estimativa, 1.203 hipertensos e 297 diabéticos nesta faixa etária. Dentre estes usuários, foram atendidos e cadastrados no primeiro mês 170 hipertensos (cobertura de 14,1%) e 48 diabéticos (cobertura de 16,1%), no segundo mês foram 380 (31,6%) hipertensos e 104 (35,0%) diabéticos e ao final das 12 semanas foram 731 hipertensos

(cobertura de 60,7%) e 201 diabéticos (cobertura de 67,7%); uma média de 12 hipertensos/dia e 03 diabéticos/dia, com adesão ascendente ao longo do tempo. Apesar da meta de cobertura em relação aos hipertensos não ter sido alcançada, julgo como muito positiva a intervenção, pois não havia qualquer forma de cadastro prévio ou ações focadas para esse grupo sendo realizadas na unidade, e também, atribuo a dificuldade em atingir a meta pelo pouco tempo (doze semanas) disponibilizado para a intervenção e o grande número de usuários com estas patologias pertencentes à área adstrita da unidade associado à manutenção do trabalho rotineiro e execução de outras atividades, não relacionadas à intervenção.

A ação que mais auxiliou na captação dos usuários para o programa foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos usuários por parte dos ACS que realizavam visitas domiciliares para chamar os hipertensos e/ou diabéticos para a consulta.

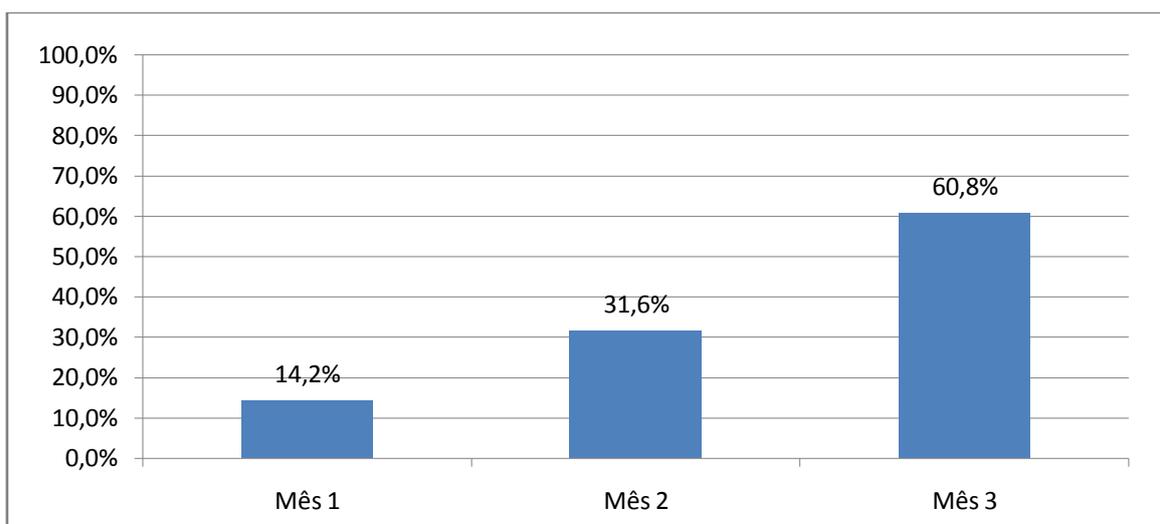


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão, RS, 2015.

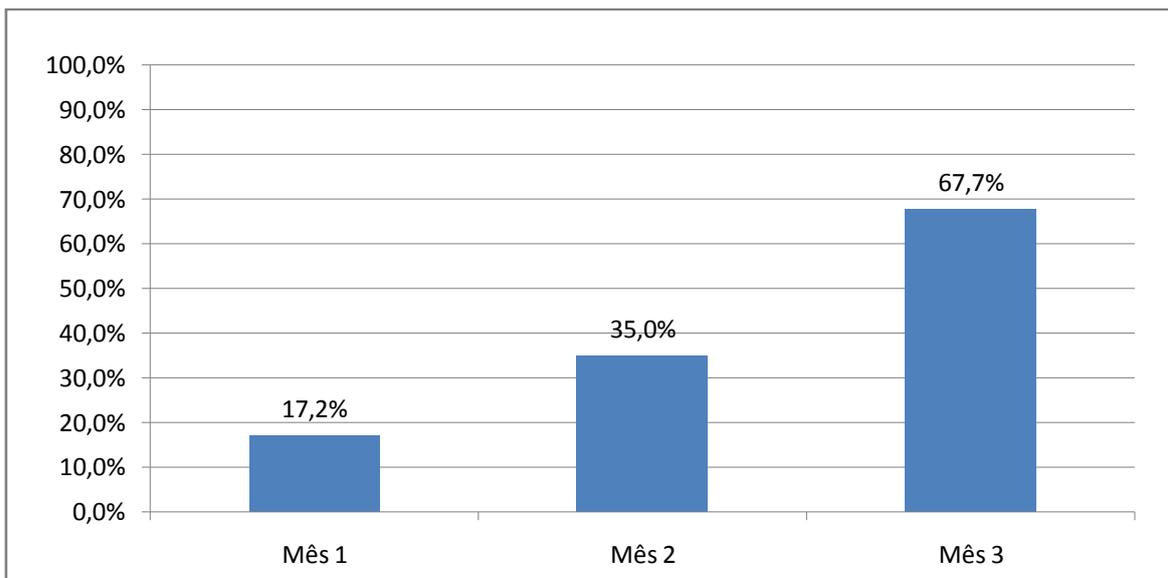


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão, RS, 2015.

Foi possível realizar exame clínico adequado conforme protocolo em 170 (100%) usuários hipertensos cadastrados na intervenção no primeiro mês, 380 (100%) no segundo e 731 (100%) no terceiro. Em relação aos diabéticos foram, respectivamente, 48 (100%), 104 (100%) e 201 (100%). Foi possível atingir a totalidade devido à dedicação da equipe.

Foi garantida a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo aos hipertensos, sendo 100% (170) no primeiro mês, 83,42% (317) no segundo e 91,38% (668) no terceiro mês conforme **figura 3**. Em relação aos diabéticos, encontramos 100% (48) no primeiro mês, 93,26% (97) no segundo, finalizando com 96,51% (194) dos diabéticos cadastrados com realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo conforme **figura 4**. Foi garantido um arquivo específico para o controle do programa e selecionamos duas enfermeiras responsáveis pelo monitoramento dos registros (uma para HAS e outra para DM) além de trabalharem em equipe, as mesmas tinham a responsabilidade de manter as informações atualizadas e organização das consultas e realização de exames complementares.

A maioria dos usuários estava com os exames atrasados ou nunca tinham os realizados. Como a maior parte dos exames são realizados no próprio laboratório da unidade, foi necessário criar uma agenda para não sobrecarregar o sistema. Desse modo, muitas solicitações ainda aguardam atendimento e muitos

usuários recorrem à rede privada e acabam não trazendo os resultados para avaliação dos profissionais da unidade. Muitos usuários realizaram os exames, mas não apresentaram ao médico e outros mostravam apenas ao seu médico particular, ficando algumas vezes incompleto os dados relativos aos exames complementares, o que resolvemos por meio da parceria com o laboratório que passou a enviar cópias dos resultados dos exames para a equipe.

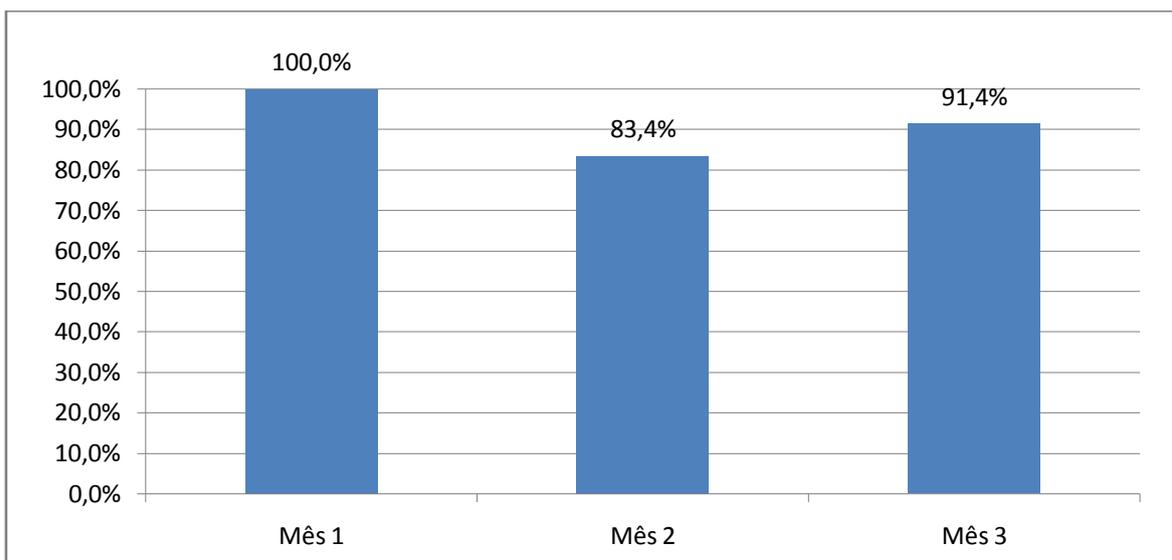


Figura 3 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão, RS, 2015.

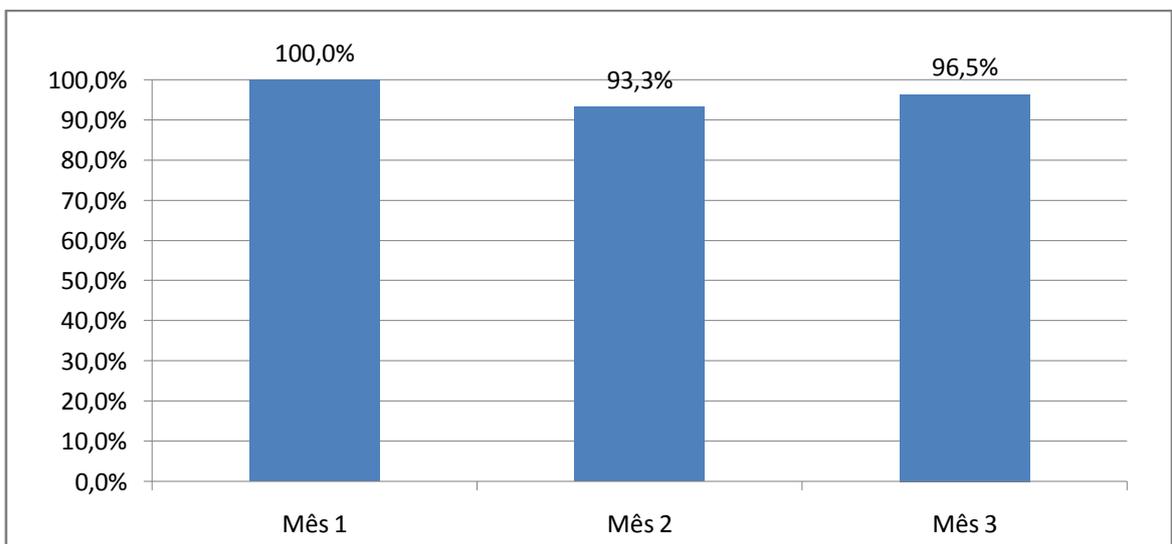


Figura 4 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão, RS, 2015.

Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os avaliados. Conseguimos a adesão de 100% (170) dos hipertensos no

primeiro mês, 100% (380) no segundo e 100% (731) no terceiro. Dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde aderiram também 100% (48) no primeiro mês, 100% (104) no segundo e 100% (201) no terceiro.

O maior entrave a esta questão foi o fato de que muitos usuários consultam na rede privada ou com os outros médicos da unidade (que são os mesmos da rede privada), sendo prescritas medicações que não fazem parte da lista oferecida pela farmácia popular. Além de que, o SUS prioriza o fornecimento de medicamento para HAS-DM como prioridade para toda população muitos usuários não aceitavam os genéricos. Todas às vezes foram dadas as opções e informações adequadas aos usuários, na tentativa de adequar a receita. A decisão do usuário sempre foi acolhida. Em relação a isso, tive certa resistência por parte de alguns usuários quanto a substituição das medicações. Em associação, a questão da educação em saúde esteve e permanece sempre em foco, extinguindo a característica das consultas e dos grupos serem apenas um momento de entrega das medicações.

Foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico na maioria dos cadastrados. A **figura 5 e 6** apresenta no primeiro mês que foram avaliados 87,64% (149) dos hipertensos e 87,5% (42) dos diabéticos, 88,3% (158) e 84,2% (32) no segundo mês, finalizando a intervenção com 94,11% (688) e 93,53% (188), respectivamente. Muitos nunca haviam recebido orientações sobre os cuidados necessários, mas ainda é preciso melhorar a efetividade das ações, pois alguns usuários não foram avaliados, acredito que isso tenha ocorrido na semana inicial da intervenção, em função da adaptação da equipe.

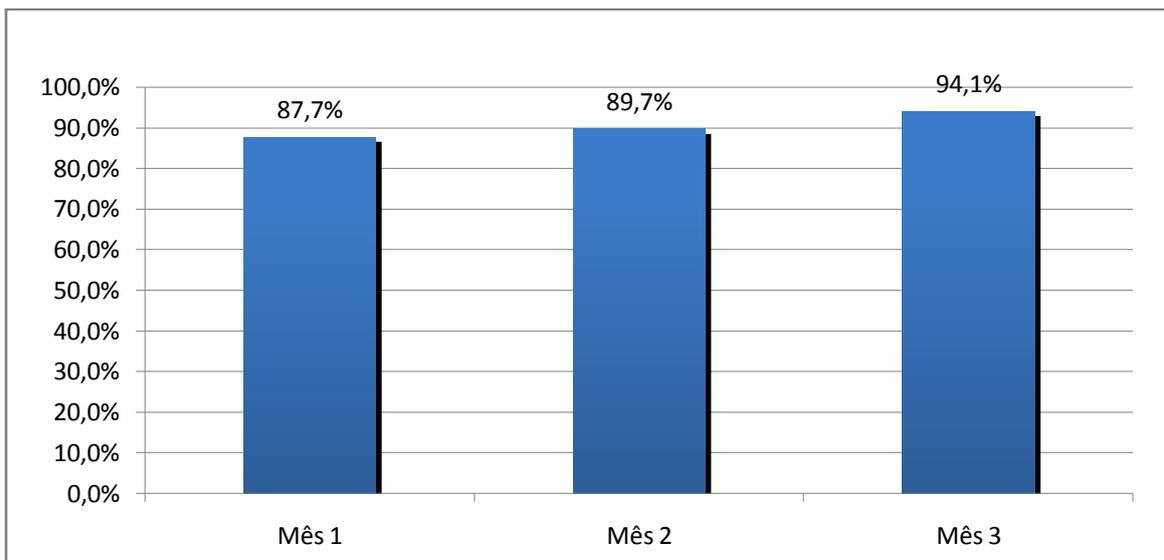


Figura 5 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão, RS, 2015.

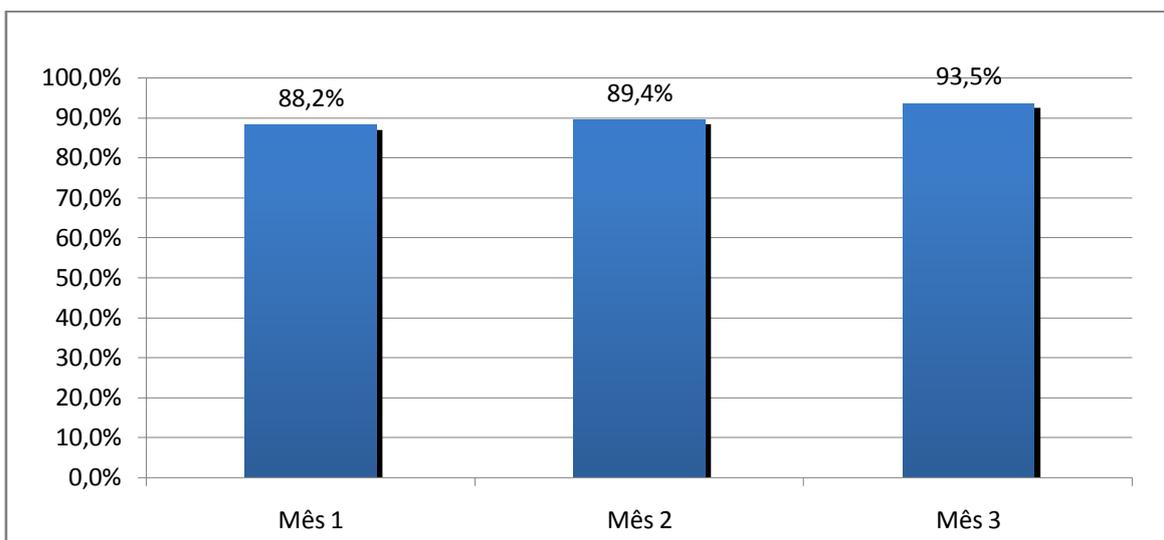


Figura 6 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão, RS, 2015.

Não houve usuários faltosos, pois em cada reunião da equipe, semanalmente, agendávamos os usuários e os ACS sempre alertavam aos usuários da data da consulta e, assim sempre conseguimos fazer com que os usuários não faltassem às consultas, em atividades realizadas na comunidade ou em grupo de HAS-DM na unidade de saúde.

Inicialmente nenhum usuário pertencente à intervenção possuía cadastro ou ficha-espelho para acompanhamento, mas já no primeiro mês da intervenção 100% (170) dos hipertensos e 100% (48) dos diabéticos atendidos estavam com registro adequado na ficha-espelho e no segundo mês 100% (380) dos

hipertensos e 100% (104) dos diabéticos, no terceiro mês 100% (731) dos hipertensos e 100% (201) dos diabéticos estavam com seus registros preenchidos corretamente.

A evolução deste indicador de qualidade evidencia o engajamento da equipe em coletar e registrar todas as informações necessárias, bem como o trabalho efetivo das Agentes Comunitárias de Saúde que ajudaram na identificação de tais usuários. Outra forma utilizada para auxiliar na identificação dos usuários já cadastrados foi à utilização de adesivos (em verde com a sigla HAS e em amarelo com a sigla DM). Os mesmos foram colocados nos prontuários dos usuários juntamente com a identificação do grupo ao qual pertencem.

Nas reuniões da equipe, semanalmente, realizamos capacitações sobre estratificação de risco com órgãos alvo afetados. Assim, destaca-se a importância da realização desta intervenção ampliando estratégias para redução dos fatores de risco modificáveis e controle dos não modificáveis a fim de qualificar a atenção à saúde da população hipertensa e/ou diabética. Foi realizada, conforme a **figura 7** a estratificação do risco cardiovascular para 95,88% (163) dos hipertensos cadastrados no primeiro mês, 98,15% (373) no segundo e 99,04% (724) no terceiro e conforme a **figura 8** para 89,5% (43) diabéticos cadastrados no primeiro mês, 95,19% (99) no segundo e 97,51% (196) no terceiro mês, utilizando a Escala de Risco Framingham. O cálculo do risco cardiovascular está na dependência do registro adequado dos resultados dos exames (Colesterol HDL e LDL), de dados como idade e se fumante ou não. Desse modo, qualquer registro inadequado impede que o risco seja calculado.

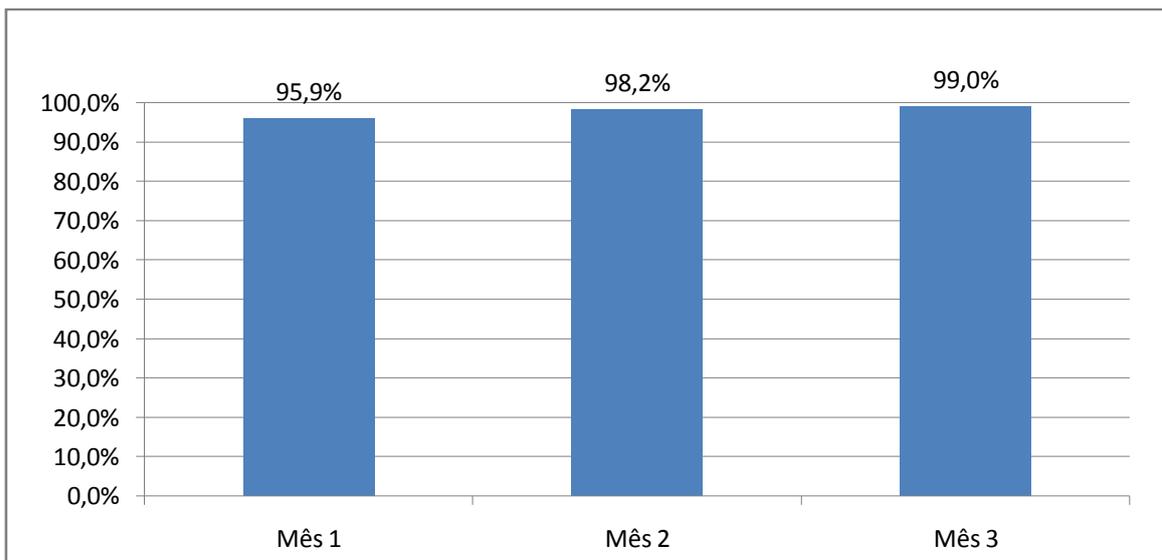


Figura 7 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão, RS, 2015.

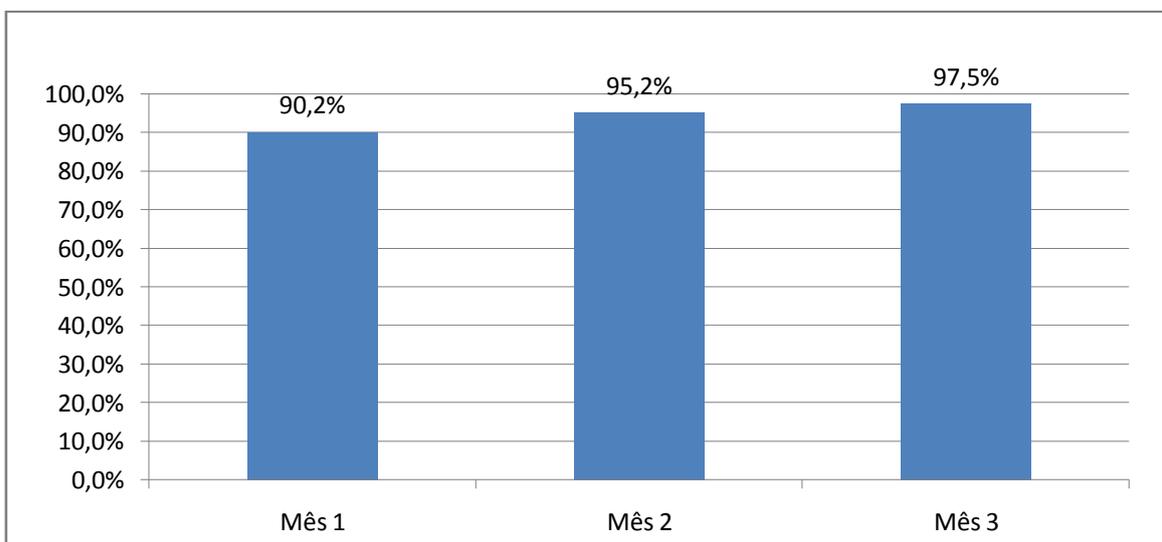


Figura 8 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão, RS, 2015.

Em relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês 100% (170) dos hipertensos e 100% (48) dos diabéticos cadastrados receberam orientações sobre hábitos de vida saudável, no segundo mês foram 100% (380) e 100% (104), no terceiro 100% (731) e 100% (201), respectivamente. Muitos foram encaminhados para acompanhamento com nutricionista. Uma das formas utilizadas para atingir o maior número possível de pessoas, foram palestras realizadas pela nutricionista da unidade e conversas desenvolvidas durante os grupos.

Da mesma forma, também foi garantido orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% (170) dos usuários hipertensos e 100% (48) dos diabéticos avaliados no primeiro mês, 100% (380) e 100% (104), respectivamente, no segundo mês e finalizando com 100% (731) dos hipertensos e 100% (201) dos diabéticos. As orientações foram passadas nas consultas médicas, nos grupos e em palestra realizada pelo fisioterapeuta. Acredito que as informações não tenham chegado a todos os usuários, em função da adaptação inicial da equipe, quando alguns integrantes acreditavam que somente eu e o fisioterapeuta tínhamos esta incumbência.

As palestras oferecidas abordaram à importância da realização de estratificação de risco, prevenção dos fatores modificáveis e controle dos não modificáveis em HAS e DM, a importância da manutenção de alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares e sobre metodologia para prevenção e promoção de saúde aos HAS e DM, ainda nosso município não conta com medicamentos para abandono do tabagismo, mas oferecemos orientações para evitar o hábito e a higiene bucal.

Somado aos indicadores anteriores, a mesma porcentagem de usuários hipertensos 100%, (731) e diabéticos 100% (201) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo de diferentes formas, através de palestra educativa disponível para toda a comunidade, de conversas nas reuniões dos grupos e na própria consulta médica.

De acordo com os resultados finais, 100% (731) hipertensos e 100% (201) diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal, sendo encaminhados ao odontólogo, quando necessário. Também ficou instituído que todos os hipertensos e/ou diabéticos necessitam ter sua pressão arterial aferida, além de medida a glicemia nos diabéticos, antes de procedimentos odontológicos. Da mesma maneira, para aumentar o número de usuários que receberam orientação sobre higiene bucal forem realizadas palestras comunitárias com odontólogo.

Considero que falta muito por fazer, pois a cobertura atual está muito abaixo da estimativa, pois somente 731 hipertensos de uma estimativa de 1.203 e 201 diabéticos de uma estimativa de 297 foram avaliados, mas o trabalho continuará com a mesma intensidade, pois em cada semana durante as reuniões de equipe verificaremos junto à equipe e ACS os usuários que deverão ser

incorporados ao programa e planejaremos visitas domiciliares semanais com os ACS. Manteremos a busca e pesquisa, pois diagnosticamos muitos casos que ainda não estavam cadastrados pelos ACS, uma vez que muitos usuários negam suas doenças e a tomada de medicamentos.

4.2 Discussão

A intervenção no Programa de Atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus propiciou uma série de benefícios na Unidade Sanitária Boqueirão do Leão/RS, pois a cobertura de atenção à saúde dos usuários hipertensos (60,8%) e diabéticos (67,7%) foi sensivelmente ampliada. Havia muitos usuários que não realizavam consulta de acompanhamento, acreditava-se que a consulta destes usuários com doenças crônicas era apenas um atendimento médico destinado ao motivo da consulta sem protocolo de atenção nem programação de consultas sistemáticas com agendamento.

Foi possível realizar exame clínico adequado conforme protocolo em 100% usuários e exames complementares em dia a 91,38% dos hipertensos e 96,51% dos diabéticos cadastrados. Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os avaliados e realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico na maioria dos cadastrados finalizando a intervenção com 94,11% (HAS) e 93,53% (DM).

Inicialmente, nenhum usuário pertencente à intervenção possuía cadastro ou ficha-espelho para acompanhamento, com a intervenção 100% dos hipertensos e/ou diabéticos estão com seus registros preenchidos corretamente. A implementação desta ficha-espelho permitiu a melhoria dos registros facilitando o monitoramento das ações. A qualidade no atendimento também alcançou resultados mais palpáveis. Ao princípio não se conhecia a quantidade de usuários com essas doenças, concorrências, internações, complicações, exames e seus resultados, se cumpriam ou não com o tratamento. Também não se sabia exatamente quais usuários apresentavam fatores de risco e que, por isso, o acompanhamento em relação a eles deveria ser reforçado e, principalmente, não se tinha controle de quais usuários não realizavam tratamento.

Além disso, a adesão ao programa de atenção à saúde dos HAS-DM se elevou, com os vários atores sociais envolvidos atuando ativamente neste

sentido. A implementação das fichas-espelho e seu adequado preenchimento auxiliaram na identificação, por todos os integrantes da equipe, de usuários com doenças crônicas classificadas quanto à presença de fatores de risco, facilitando a priorização do atendimento e otimizando a rotina de trabalho.

A importância da intervenção para a equipe foi de extrema relevância, pois ganhou em conhecimento, recebeu capacitações sistemáticas, receberam os protocolos de atuação, melhorou a integração como equipes executaram e planejaram em conjunto as ações para melhorar a atenção à população, incrementarem o cadastramento e trabalhamos intensamente na avaliação dos usuários, na pesquisa, diagnóstico e seguimento com um ótimo acolhimento e registro adequado.

As ações do Programa passaram a ser mais difundidas e os integrantes da equipe se envolveram mais progressivamente com as atividades do Programa. Após o término da intervenção, percebemos que os membros da equipe compreenderam a importância deste trabalho para os usuários e manifestaram o desejo de que continue havendo um atendimento diferenciado dos hipertensos e/ou diabéticos.

Foi muito importante para o serviço à intervenção, pois antes não existia um trabalho em equipe. A responsabilidade da atenção ao usuário com HAS e DM estava concentrada nos médicos e o restante da equipe não cumpria com suas atribuições profissionais ajustadas ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. A intervenção revisou estas atribuições viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e/ou diabéticos viabilizou a otimização da agenda para atenção à demanda espontânea e a classificação de risco tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A intervenção teve importância para a comunidade no sentido de fortalecer o engajamento público, conscientizando a comunidade da importância deste acompanhamento. Ainda que haja muito a melhorar, já se verifica muitas mudanças de posturas dos usuários, pois muitos deles já exigem o acompanhamento segundo o protocolo, inclusive que sejam anotadas as informações devidas nos prontuários. Isto demonstra que estão, lentamente, se

conscientizando de seus direitos e de ter posse de todas as informações acerca do seu estado de saúde.

Além disso, em longo prazo, poder-se-á verificar benefícios inegáveis à saúde da comunidade, pois melhorou a orientação nutricional sobre alimentação saudável com acompanhamento por nutricionista, da mesma forma, também foi garantido orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados, a importância da realização de estratificação de risco, prevenção dos fatores modificáveis e controle dos não modificáveis em HAS e DM, a prevenção e promoção de saúde, e orientações para evitar o tabagismo e uma boa higiene bucal. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e/ou diabéticos sem cobertura, os quais serão avaliados progressivamente.

Caso fôssemos realizar a intervenção neste momento, começaríamos discutindo a análise situacional e o cadastramento realizado pelos agentes. Também conversaria mais sobre o Programa com a população em geral e incrementaria o número de pessoas sem doenças crônicas para utilizarmos como facilitadores e promotores de saúde com melhoria na participação das atividades propostas. Tentaria instigar mais sobre a importância da participação massiva de todos e explicaria os critérios para priorização da atenção e discutiria a melhor maneira de programar isto.

O desenvolvimento das atividades de educação em saúde também faria algumas alterações. Procuraria realizar encontros mais dinâmicos, incorporaria grupos de adolescentes capacitados pela equipe e incorporaria também autoridades de saúde e administrativas, faria rodas de conversa o que propiciaria maior aproximação entre usuários, membros da equipe e líderes formais do município.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço. Cada membro da equipe tem consciência de suas responsabilidades e atribuições. Ainda temos que ampliar o trabalho com a comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, em especial os de alto risco. A princípio foi difícil a incorporação como rotina, mas logo após alguns ajustes ao processo de trabalho, foi possível sem nenhum grau de complexidade, bastou apenas que os integrantes da equipe de saúde assumissem suas atribuições.

Além disso, é necessário manter a conscientização da comunidade quanto à importância do Programa para que o mesmo continue sendo realizado. Outro aspecto importante, diz respeito ao adequado preenchimento das fichas-espelho, as quais são ferramentas essenciais no monitoramento das ações, obtenção de resultados e melhoria na qualidade do atendimento.

Os próximos passos serão: ampliação da cobertura atendendo às demais microáreas de abrangência, regularização dos atendimentos, principalmente, em relação à saúde bucal e implantação de um Programa de Qualidade na atenção e tomando este projeto como exemplo já começou a implementação do programa de risco pré-concepcional na Unidade Sanitária.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor municipal,

Com a intervenção para qualificar o Programa de atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes foi possível modificar o cenário presente em nosso município onde a qualidade da atenção à saúde desta população necessitava ser melhorada, pois a realização de estratificação de risco cardiovascular era deficiente assim como avaliação dos pulsos, sensibilidade dos pés e avaliação da saúde bucal.

Os exames complementares eram realizados de forma irregular e sem protocolo bem como eram insuficientes às ações que orientavam sobre os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, sendo necessário incorporar profissionais como Educador Físico, Psicólogo e Odontólogo. Não existiam protocolos de atendimento e nem utilizávamos uma classificação para estratificar o acesso a outros níveis do sistema de saúde.

Os atendimentos não eram registrados no prontuário clínico e não existiam arquivos específicos para registros destes atendimentos não sendo possível sua revisão periódica. Ofereciam-se poucas atividades de orientação quanto à alimentação saudável, prática regular de atividades físicas, riscos de tabagismo e higiene bucal.

A intervenção teve como objetivo melhorar a adesão e qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. A comunidade teve a oportunidade de conhecer o programa e foram cadastrados 60,8% (731) dos hipertensos e 67,7% (201) dos diabéticos (com 20 anos ou mais) no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Para isso, contamos com uma equipe bem integrada e comprometida com o projeto, executamos capacitações

sistemáticas, planejamos em conjunto as ações, concluímos o cadastramento e trabalhamos intensamente na avaliação dos usuários no diagnóstico e adequado seguimento, oferecemos as consultas semanais de pesquisa e seguimento com um ótimo acolhimento e registro adequado.

No decorrer das doze semanas de intervenção, houve ênfase nos atendimentos relacionados a estes usuários portadores destas doenças crônicas, seguindo o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde (2013). O público alvo foi composto por usuários com 20 anos ou mais portadores de hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da Unidade Sanitária. As metas foram estipuladas e as ações estiveram alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

Nesse âmbito, cada profissional foi previamente capacitado e ficou ciente de suas responsabilidades dedicando-se ao desenvolvimento das mesmas com muito empenho. A recepção foi responsável pelo primeiro contato com os usuários advindos por demanda espontânea ou agendamentos. A equipe de enfermagem e os ACS ajudaram na realização do exame clínico adequado conforme protocolo, entrega dos resultados dos exames complementares em dia, divulgação da intervenção nas salas de espera e nas atividades de grupo, aproveitando todos os espaços e oportunidades nas comunidades para oferecer prevenção e promoção de saúde, divulgar a importância do programa e os médicos reorganizaram suas agendas para atender melhor a todos os usuários.

Ao final das 12 semanas foram atendidos 60,8% (731) hipertensos e 67,7% (201) diabéticos; uma média de 12 hipertensos/dia e 03 diabéticos/dia, com adesão ascendente ao longo do tempo. Foi possível realizar exame clínico adequado conforme protocolo em 100% (764) dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e manter os exames complementares em dia para 91,38% (668) dos hipertensos e 96,51% (194) dos diabéticos cadastrados. Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os avaliados e realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico para a maioria dos cadastrados finalizando a intervenção com 94,11%(688 HAS) e 93,53% (188 DM).

Em nosso município não existe Conselho Local de Saúde. Esta ainda é uma debilidade do sistema e uma ferramenta muito importante para melhorar a gestão participativa. Existe apenas o Conselho Municipal de Saúde, mas temos como fortaleza as instituições sociais, sindicatos e clubes. Quanto às atividades de educação popular em saúde faz-se necessário trabalhar temas focados na carta dos Direitos dos Usuários da saúde, interação com os profissionais da Unidade Sanitária, tabagismo, consumo de álcool, acidentes do trânsito, violência e cultura de paz, desenvolvimento sustentável, entre outros.

Além disso, em longo prazo, poder-se-á verificar benefícios inegáveis à saúde, pois melhorou a orientação nutricional sobre alimentação saudável com acompanhamento de uma nutricionista. Da mesma forma, também foi garantido orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados, a importância da realização de estratificação de risco foi trabalhada, prevenção dos fatores modificáveis e controle dos não modificáveis em HAS e DM, a prevenção e promoção de saúde, e orientações para evitar o tabagismo e manutenção de uma boa higiene bucal. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e/ou diabéticos sem cobertura, os quais deverão ser avaliados progressivamente.

Hoje possuímos um melhor controle do programa e temos duas enfermeiras responsáveis pelo monitoramento dos registros (uma para HAS e outra para DM) além de trabalharem em equipe, as mesmas têm responsabilidade de manter as informações atualizadas e organização das consultas e realização de exames complementares. Nas reuniões da equipe, semanalmente, estamos realizando capacitações contínuas. Assim, destaca-se a importância da realização desta intervenção ampliando estratégias para redução fatores de risco modificáveis e controle dos não modificáveis a fim de qualificar a atenção à saúde da população hipertensa e/ou diabética.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Sanitária de Boqueirão do Leão/RS

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade de Boqueirão do Leão/RS,

O Programa de Atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus é importante, pois afeta grande quantidade da população e estas doenças são consideradas dois graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, com alta prevalência (HAS 22,7% e DM 6,3%), e responsáveis pelas primeiras causas de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde afetando a qualidade de vida e incapacidade (BRASIL, 2013).

As complicações agudas e crônicas delas causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Evidências demonstram que o bom manejo destes problemas ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, portanto, fazer uma intervenção sistematizada e permanente é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a estes problemas de saúde (BRASIL, 2013).

A intervenção teve como objetivo melhorar a adesão e qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Foram cadastrados 60,8% dos hipertensos e 67,7% dos diabéticos (com 20 anos ou mais) no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, contamos para isso com uma equipe bem integrada e comprometida com o projeto, executamos capacitações sistemáticas, planejamos em conjunto as ações, concluímos o cadastramento e trabalhamos intensamente na avaliação dos usuários no diagnóstico e adequado seguimento, oferecemos consultas semanais de pesquisa e seguimento com um ótimo acolhimento e registro adequado.

A Unidade Sanitária do Município de Boqueirão do Leão/RS vivenciou nos últimos meses, de fevereiro a maio, a atenção priorizada à Saúde dos usuários

com hipertensão e diabetes. No decorrer das doze semanas, houve um aumento nos atendimentos relacionados à realização do exame clínico, laboratorial e avaliação do risco cardiovascular. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos tiveram prioridade nos agendamentos e visitas domiciliares. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar o atendimento, o registro dos exames e a organização do serviço.

Cada profissional desenvolveu o seu papel, a recepção oferecia e marcava as consultas mediante demanda espontânea ou agendamentos. A equipe de enfermagem e os ACS ajudaram na realização do exame clínico adequado conforme protocolo, entrega dos resultados dos exames complementares em dia, divulgação da intervenção nas salas de espera e nas atividades de grupo, aproveitando todos os espaços e oportunidades nas comunidades para oferecer prevenção e promoção de saúde, divulgar a importância do programa. Os médicos reorganizaram suas agendas para atender melhor aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ao final das 12 semanas foram atendidos 731 hipertensos e 201 diabéticos; uma média de 12 hipertensos/dia e 03 diabéticos/dia, com adesão ascendente ao longo do tempo. Apesar da meta de cobertura em relação aos hipertensos não ter sido alcançada, julgamos muito positiva a intervenção, pois não havia qualquer forma de cadastro prévio ou ações focadas para esse grupo sendo realizadas na unidade, e também atribuímos a dificuldade em atingir a meta ao pouco tempo (doze semanas) disponibilizado para a realização da intervenção e muitos usuários associado à manutenção do trabalho rotineiro e execução de outras atividades, não relacionadas à intervenção.

A procura pelo serviço foi crescendo mês a mês, comprovando a efetividade da intervenção e a qualidade do atendimento também melhoraram de forma espetacular. Os atendimentos foram realizados de forma satisfatória e todos os usuários receberam informações, medicamentos e tiveram os resultados dos seus exames anotados no seu prontuário.

Forem poucas as dificuldades encontradas no meio do caminho e sempre recebemos ajuda da equipe, do gestor e da comunidade conseguindo, assim desenvolver um bom trabalho. Os temas de educação para a saúde, orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, higiene

bucal e abandono do tabagismo foram abordados sempre na sala de espera, nos grupos e nas comunidades, com objetivo de que os quando os usuários retornassem às suas casas divulgassem a importância do programa, sobre tudo nas áreas de difícil acesso.

Nas reuniões da equipe, semanalmente, mantemos capacitações sobre estratificação de risco com órgãos alvo afetados. Assim, destacamos a importância da realização desta intervenção ampliando estratégias para redução dos fatores de risco modificáveis e controle dos não modificáveis a fim de qualificar a atenção à saúde da população hipertensa e/ou diabética.

A ação que mais auxiliou na captação dos usuários para o programa foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos usuários por parte dos agentes comunitários de saúde que realizaram visitas domiciliares para chamar os hipertensos e/ou diabéticos para a consulta.

Ficou decidido pela permanência da intervenção no cotidiano do serviço da unidade. Avaliamos que houve uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da saúde dos usuários com doenças crônicas (HAS-DM) no contexto da saúde pública. Percebemos a melhoria da atenção aos usuários na sala de espera, nas consultas individuais, nos grupos e nas comunidades, bem como a ação dos ACS que foi benéfica e complementar para melhorias na saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Consideramos que falta muito por fazer, pois a cobertura atual está muito abaixo da estimativa, mas o trabalho continuará com a mesma intensidade, pois em cada semana durante as reuniões de equipe verificaremos, junto à equipe e ACS, os usuários que deverão ser incorporados ao programa e planejaremos visitas domiciliares semanais com os ACS e manteremos a busca e pesquisa destes usuários.

A intervenção certamente foi importante para a comunidade no sentido de fortalecer o engajamento público e conscientizara vocês sobre a importância deste acompanhamento. Ainda que haja muito a melhorar, vocês já podem verificar que muitas mudanças de postura entre os usuários ocorreram, pois muitos já exigem o acompanhamento segundo o protocolo, inclusive que sejam anotadas as informações devidas nos prontuários. É importante que todos tenham

consciência de seus direitos e tomem posse de todas as informações acerca do seu estado de saúde.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Sanitária de Boqueirão do Leão/RS

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A Estratégia de Saúde da Família é eficaz e muito completa pelo trabalho que é realizado no núcleo da sociedade, pois auxilia para o encaminhamento quanto à redução na morbimortalidade da população por doenças controláveis e previsíveis. O funcionamento das equipes de saúde tem em comum uma mesma direção de trabalho e isso é muito bom.

Com o transcorrer das unidades do curso pude melhorar quanto à prática do trabalho realizado na unidade de saúde, elevar a qualidade da assistência na área de saúde coletiva iniciando com uma análise da situação real do município e do serviço de saúde prestado além de uma avaliação das condições do mesmo direcionando meu trabalho aos problemas e às dificuldades encontradas.

Também foi possível melhorar a prática clínica por meio das resoluções dos casos clínicos interativos oferecidos pelo curso assim como pela vivência dos da vida real. A ajuda recebida por meio dos Fóruns e a discussão de casos clínicos com os demais participantes no curso melhorou minha prática clínica. Todos os assuntos abordados foram vivenciados no trabalho diário e a revisão de todos esses temas baseados em uma boa referência teórica foi fundamental para minha preparação.

O curso prima por objetivos em que o conhecimento gira em prol da formação de uma equipe de saúde mais qualificada, com uma boa prática clínica e uma boa intervenção na população com participação social e comunitária, tornando possível a prevenção dos fatores de risco na população, o que foi cumprido na integralidade.

Além disso, as unidades de estudo são muito objetivas, escalonadas e requerem estudo e trabalho na investigação das funcionalidades da equipe de saúde bem como controle dos sistemas estatísticos de saúde. O material de

apoio disponibilizado ao longo do curso foi de ótima qualidade e facilitou o meu trabalho, pois se trata de materiais práticos e especialmente porque estão de acordo com nossa realidade e com o trabalho no Sistema Único de Saúde.

A educação à distância abriu as portas para que eu pudesse continuar estudando e facilitou a minha atualização e formação contínua como profissional, rompendo barreiras geográficas que muitas vezes são criadas e que impossibilitam o estudo continuado.

O Projeto Pedagógico em conjunto com o Guia do especializando foram ferramentas importantes para melhorar e facilitar esta especialização como profissional do SUS vinculado a uma Unidade de Saúde promovendo a gestão e a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família.

O Projeto Pedagógico me permitiu concatenar os conteúdos dados no curso relacionando-os com a prática diária, melhorou a minha qualificação da prática profissional e da prática clínica. Desta forma, o curso estimulou-me a participar na solução de problemas concretos, ser protagonista nas atividades e gerador de mudanças no serviço para melhorar a atenção à saúde da população.

A troca de experiências nos fóruns, por sua vez, proporcionou um ambiente de compartilhamento de ideias, dúvidas, questionamentos, angústias e realizações além de me colocar constantemente a par do desenvolvimento do trabalho desenvolvido pelos colegas servindo-me também como incentivo às novas ideias.

O curso de especialização proporcionou-me crescimento como profissional, pois foi uma experiência nova que aportou muita informação atualizada e necessária para o desenvolvimento de meu trabalho diário. Assim, com o trabalho de intervenção social, familiar e registro de dados que até o momento não eram resguardados para estabelecer políticas de intervenções continuadas houve uma mudança na ótica de trabalhar para o controle das atividades comunitárias e em setores fragilizados da população como o de doenças crônicas, constituindo isso uma forma de contribuição social que ajudou a assentar bases para fortalecer o sistema de saúde familiar que está em crescimento. Esta foi uma experiência a mais em minha atividade humanizada e profissional como médico.

Para atingir esta intervenção foi necessário apoio de toda a equipe de saúde porque somente com um trabalho unido conseguimos não somente planificar estratégias de trabalho, mas também controlar e recopilar dados obtidos. Destaco que devemos trabalhar mais criando grupos de adolescentes, gestantes, idosos, alcoólicos, tabagistas e incrementar visitas domiciliares para que possamos manter um maior contato com a população.

O curso distribuído em quatro unidades de estudo muito complementadas me possibilitou na primeira unidade obter conhecimento da Unidade Sanitária quanto à estrutura, funcionamento, características da população, registro de doenças mais frequentes assim como fatores de risco importantes para caracterizar a situação e o universo de trabalho na unidade de saúde. Na segunda unidade houve a definição de estratégias de intervenção que dependem dos dados pesquisados e problemas de saúde identificados, pois uma boa estratégia de intervenção é aquela onde a pessoa que deseja intervir esteja capacitada e apoiada em uma boa equipe de investigadores.

Na terceira unidade coloquei em prática as ações do projeto juntamente com toda a equipe, partindo dos objetivos, seguindo uma cronologia das metas desejadas e, ao final, concluiu com a análise dos resultados, valorizando sempre as mudanças ocorridas relacionando-as com os objetivos e cumprimento de nossas expectativas. Assim, na quarta unidade, após concluir a intervenção avalio que este processo foi o ponto de partida para melhorar outros problemas na saúde da população no município.

Destaco, ainda que o curso possua uma boa organização, pois os guias levam ao profissional a realizar as tarefas de forma evolutivas sendo as mesmas vinculadas às atividades realizadas na Unidade Sanitária buscando sempre levantar as necessidades do serviço e ao mesmo tempo como qualificar o atendimento ao usuário.

Concluo esta etapa com mais experiência, aprendizado e preparação como profissional, satisfeito com os resultados e as mudanças alcançadas, com uma equipe bem integrada e qualificada, uma Unidade Sanitária fortalecida com uma rotina bem consolidada baseadas em protocolos de atuação e comprometida com a implementação de novos programas. Além disso, visualizo uma comunidade que recebeu qualidade nos atendimentos, buscas ativas e registros

adequados, ganho em conhecimentos sobre o significado de uma estratégia de intervenção, seu funcionamento, atividades de promoção e prevenção em saúde.

Certamente, a intervenção cumpriu o seu objetivo e superou as expectativas em relação ao seu impacto e consolidação nos serviços prestados pela equipe de saúde o que foi possível com o acompanhamento constante de minha orientadora com uma preparação profissional excelente. Contar com seu apoio, explicações, esclarecimentos, sugestões e correções além de elogios sempre me serviu de motivação para melhorar a cada dia e a cada tarefa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

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

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
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM - Microsoft Excel

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	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 medicamento?	Todos os medicamentos são da lista da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento sobrotológico?	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 registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
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	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																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		
37																		
38																		
39																		
40																		
41																		
42																		
43																		
44																		
45																		
46																		
47																		
48																		
49																		
50																		
51																		
52																		
53																		
54																		
55																		
56																		
57																		
58																		
59																		
60																		
61																		
62																		
63																		
64																		
65																		
66																		
67																		
68																		
69																		
70																		
71																		
72																		
73																		
74																		
75																		
76																		
77																		
78																		
79																		
80																		
81																		
82																		
83																		
84																		
85																		
86																		
87																		
88																		
89																		
90																		
91																		
92																		
93																		
94																		
95																		
96																		
97																		
98																		
99																		
100																		

Pronto Referências Circulares

15/07/2015

Anexo E – Folder de hipertensão e diabetes

Prevenção

Como prevenir a hipertensão?

A prevenção é feita através da adoção de um estilo de vida saudável: prática de atividades físicas e alimentação adequada, ou seja, rica em frutas, legumes e verduras e com baixos teores de sal, gorduras, frituras e açúcar.

Como prevenir o diabetes tipo 2?

Mantendo o peso dentro dos limites ideais, evitando o consumo de álcool, gorduras, frituras e açúcar e praticando exercícios físicos regularmente.



Peça orientação ao farmacêutico:

Pessoas acima do peso têm maiores chances de desenvolver doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Essas doenças precisam ser evitadas todos os dias através de hábitos saudáveis.

Medicamentos para hipertensão e diabetes devem ser utilizados nos horários corretos. Seu uso irregular prejudica o tratamento.

Não use remédios caseiros para hipertensão ou diabetes pois eles não ajudam no tratamento e ainda podem prejudicar a ação dos medicamentos.

Procure assistência à saúde periodicamente, muitas pessoas têm hipertensão e diabetes e não sabem.

Monitore seu tratamento em casa ou em farmácias que oferecem serviços farmacêuticos.



Material Informativo CIM/CRF-PR
Hipertensão e Diabetes

Hipertensão e Diabetes

Informativo
CIM
CRF-PR
Ano 2014



ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS



Anexo F – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Omar Batista Guerrero, Médico com CRM 8300823 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: Omar Batista Guerrero

Telefone: (51-95496575)

Endereço Eletrônico: obatista320@gmail.com

Endereço físico da UNIDADE SANITÁRIA:

Endereço de e-mail do orientador: niviane28@yahoo.com.br

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