

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
e/ou Diabetes Mellitus, na ESF Floresta, Lagoa Vermelha/RS**

Raul Grimon Perez

Pelotas, 2015

Raul Grimon Perez

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na ESF Floresta, Lagoa Vermelha/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: Ana Luiza Parcianello Cerdótes

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P438m Perez, Raul Grimon

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na ESF Floresta, Lagoa Vermelha/RS / Raul Grimon Perez; Ana Luiza Parcianello Cerdótes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 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. Cerdótes, Ana Luiza Parcianello, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a minha professora orientadora, que teve paciência e me ajudou bastante a concluir este trabalho, também aos meus professores que durante muito tempo me ensinaram e me mostraram o quanto estudar é bom.

Agradecimentos

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, se dedicaram a mim, não somente por terem ensinado, mas por terem feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados, os quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Resumo

PEREZ, Raul Grimon. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na ESF Floresta, Lagoa Vermelha, RS.** 2015.72f. 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 é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. A partir de uma análise situacional realizada na UBS Floresta, município de Lagoa Vermelha/RS foi elaborado um projeto de intervenção com duração de 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência, sendo sua população de 5.900, distribuído em 11 bairros de forma planejada, por meio de ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualidade da prática clínica, contemplando a realidade situacional da ESF. O projeto de intervenção para este grupo de atenção aborda aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção, registro, mapeamento de risco da população-alvo desta ação e promoção de saúde, assim conseguimos obter os seguintes resultados: a cobertura de pessoas com hipertensão acompanhados foi de 539 (40,9%) e de pessoas com diabetes foi de 170 (50,4%). Houve melhora significativa em relação ao acolhimento, atendimento assim como na qualidade dos registros, 100% das pessoas envolvidas no projeto receberam avaliação sobre risco cardiovascular, melhoraram adesão aos diferentes tratamentos, assim como receberam orientações importantes sobre promoção e prevenção de saúde. Ações como a detecção e tratamento precoce de doenças, bem como a redução de danos. O resultado do trabalho foi positivo para a comunidade, pois foi mudado o estilo de vida, aumentando o conhecimento das pessoas sobre sua doença para prevenir futuras complicações, assim como a preparação e união da equipe depois da capacitação. O serviço melhorou no que tange ao acolhimento dos usuários, qualidade no atendimento e engajamento público.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; Diabetes Mellitus; hipertensão arterial.

Lista de Figuras

Figura 1	Grupo de usuários hipertensos e diabéticos na ESF Floresta, município de Lagoa Vermelha/RS, 2015.	54
Figura 2	Acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos na ESF Floresta, município de Lagoa Vermelha/RS, 2015.	54
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Lagoa Vermelha/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.	57
Figura 4	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Lagoa Vermelha/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados	58
Figura 5	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Lagoa Vermelha/RS.2015.	60

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
EAD	Ensino A Distancia
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial Da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Unidade Aberta do SUS
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	36
2.3.3 Logística	Erro! Indicador não definido.
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	51
4 Avaliação da intervenção.....	52
4.1 Resultados.....	52
4.2 Discussão	59
5 Relatório da intervenção para gestores	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	65
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
Referências	69
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	Erro! Indicador não definido.

Apresentação

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em sete capítulos que contemplam cada uma das unidades do curso proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância. Com base numa intervenção educativa para melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes, na ESF Floresta, do Município Lagoa Vermelha/RS.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da Estratégia Saúde da Família em relação às características da população, estrutura da unidade e o processo de trabalho. Em seguida, apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que serve de base para as ações futuras na unidade de saúde. Na terceira parte mostra-se o relatório da intervenção com base nas ações realizadas ao longo de 12 semanas de intervenção, no qual são descritas as ações planejadas para a intervenção que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou não. Assim, segue a avaliação dos resultados alcançados com a intervenção, analisando os dados e avaliando se as metas foram atingidas ou não. O capítulo 5 traz o relatório para os gestores, seguido da sexta parte com o relatório para a comunidade. Na última parte aparece a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso. E por fim as referências e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Começar falando que trabalho no município Lagoa vermelha, na ESF floresta, rua Vilson carpe de Mello, há dois meses e meio. O clima predominante na cidade é frio por isso é muito frequente encontrar nas consultas infecções respiratórias agudas.

Da situação da ESF posso dizer que as consultas são oferecidas para uma população de 5.900 habitantes pertencentes aos 11 bairros que integram a comunidade, predomina o sexo feminino e a faixa etária de 15-59 anos. Entre as instituições mais importantes da área temos, uma escola de ensino médio e um centro social urbano, onde uma vez por semana oferecemos conversas sobre um tema da atualidade. Os horários de trabalho estabelecidos são das 7:30 até 11:30 horas da manhã e de tarde das 13 :00 horas até as 17 :00 horas; temos os dias definidos de consultas para cada grupo específico, sem deixar de dar atenção a determinados usuários fora do grupo, caso necessite. O processo de acolhimento é feito pelo técnico de enfermagem uma vez que o usuário está na unidade, com ajuda de um agente de saúde quando é necessário, quanto a demanda espontânea não existe excesso da mesma, os casos são reorganizados e se realiza o atendimento previa avaliação dos diferentes casos.

Estruturalmente a ESF está formada pela recepção, sala de espera, sala de vacinas, um consultório odontológico, dois consultórios médicos, uma farmácia, dois sanitários, uma sala de esterilização, uma lavanderia e uma sala de procedimentos. O abscesso na unidade de saúde acontece sem problemas para todo tipo de usuários fundamentalmente para idosos, pessoas com dificuldades de locomoção e cadeirantes, já que não existem barreiras arquitetônicas que dificultem a entrada na

unidade. A equipe de trabalho é integrada por dois médicos clínicos gerais, dois dentistas, um médico pediatra, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, quatro agentes de saúde e uma auxiliar de serviços gerais.

As enfermidades mais frequentes em consulta são: HAS, Diabetes Mellitus, Asma brônquica, obesidade, problemas de colesterol, triglicerídeos, transtornos depressivos, consumo de drogas e gravidez na adolescência.

Penso que no trabalho na ESF deve existir um melhor relacionamento com os diferentes líderes das comunidades para juntos poder planejar todas as atividades de promoção e prevenção de saúde em cada um dos bairros, no nível da unidade de saúde ainda existem algumas dificuldades que impedem um melhor desenvolvimento do nosso trabalho, por exemplo, não temos em nosso serviço o número adequado de agentes de saúde para fazer um melhor trabalho nas comunidades, além disso, não temos um local para o trabalho com os grupos, isso seria muito importante para a prevenção de saúde, quanto à atenção pré-natal considero que precisa descentralizar e existir um feedback entre o ginecologista e o médico clínico geral para um melhorar o seguimento das mesmas.

Também penso que além de algumas dificuldades que temos na ESF não é tudo negativo, pois existe boa relação entre a equipe de saúde e as maiorias das condições estão criadas para poder realizar um bom trabalho, conhecemos que nada na vida é fácil e muito menos quando se trata de saúde, mas temos muitas ferramentas e muitos são fatores que interferem, como são o trabalho em equipe, fundamental para esta tarefa e o apoio da secretaria de saúde com o qual conto até este momento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Lagoa Vermelha se encontra situado na região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, nos campos do Topo da Serra a uma média de 750 m acima do nível do mar, as principais fontes de ganhos são obtidas através da atividade agropecuária e a indústria moveleira. A cidade limita ao norte com os municípios de Pinhal da Serra, Santo Livre do Sul, ao sul com os municípios de Andrés Rocha e parte de Muitos Capões, ao leste com Esmeralda, Capão bonito do Sul e Muitos capões e ao oeste com a Sananduva, Ibiacá e Caseiros.

O município tem uma população de 27.525 habitantes com 4 unidades de saúde, sendo 4 ESF, mais uma unidade que realiza atendimento para as pessoas da zona rural, além delas existe um ambulatório que oferece consulta de especialidades como pediatria, obstetrícia e ginecologia, cirurgia, urologia, ortopedia e clínico geral, o resto das consultas estabelecidas para outros especialistas são realizadas mediante outro tipo de contrato com outras cidades, já que não existe no município, por outro lado não estão estabelecidos ainda o NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) e CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Também conta com um hospital que está equipado a maioria dos recursos necessários que para dar atenção aos usuários, com relação aos exames cada unidade tem por mês uma determinada quantidade para realizar, a qual ainda considero insuficiente apesar de que continuo pensando que a aplicação do método clínico epidemiológico é fundamental em cada consulta, mas uma vez que se termina a cota deles muitas vezes o usuário precisa esperar até no próximo mês para sua realização, para especialidades em outros municípios os usuários muitas vezes esperam até 6 meses para receber uma consulta, algo que realmente dificulta todo o processo saúde-doença.

A ESF Floresta é tradicional e do tipo urbana com bom vínculo com os centros de ensino meio (três escolas) e uma creche onde realizamos uma vez por mês palestras sobre promoção e prevenção de saúde sobre temas como gravidez na adolescência, DST, saúde bucal e alimentação saudável, o processo de atenção na unidade é realizado por uma equipe de saúde, que está constituída por 2 médicos clínicos geral, uma enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, uma auxiliar de consultório dentário e 4 agentes de saúde, além de uma auxiliar de limpeza, quanto à relação profissional da equipe é boa. A unidade começou a funcionar no ano de 2012 com uma estrutura dividida em recepção, uma sala de vacinas, 1 consultório de dentista, dois consultórios médicos, uma sala de curativos e procedimentos de enfermagem, uma farmácia, uma sala de esterilização de materiais, uma cozinha, três banheiros sanitários, sendo de forma geral boa, mas ainda existe um conjunto de deficiências que afetam o adequado cumprimento da atenção médica, como a não existência de fitas métricas, só existe uma cama para exame físico, a sala de curativos e procedimentos de enfermagem se encontram no mesmo espaço violando protocolos estabelecidos para a atenção de enfermagem.

Em relação às atribuições é necessário que na UBS cada trabalhador tenha conhecimentos sobre todas suas obrigações com os usuários, utilizando dos princípios de integralidade, universalidade e equidade, para poder cumprir de forma certa com suas funções como profissionais da saúde, assim como é muito importante o trabalho com indicadores de saúde para avaliar resultados do trabalho, sem deixar de falar sobre o abastecimento dos insumos que precisa ser melhorado, isso pode ser resolvido a cada reunião de equipe, outro ponto seria a reflexão sobre o trabalho em equipe na unidade, já que só assim se pode cumprir com todas as atividades planejadas na unidade, ainda existem muitas deficiências para solucionar no trabalho, por exemplo, se faz necessário terminar o mapeamento dos 11 bairros, cadastrando 100 % da população, atividade fundamental para uma boa organização e planejamento do trabalho, além disso, é importante manter sempre atualizado esse cadastro, melhorar o trabalho com alguns grupos específicos como os de adolescentes, tabagismo, mulheres com risco materno, planejamento familiar entre outros. Atualmente trabalhamos os grupos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é realizado uma vez por mês.

Existe na unidade o predomínio do sexo feminino, doenças crônicas não transmissíveis, hábito de fumar, consumo de psicofármacos e dos hiperlipidêmicos, a equipe de saúde atende uma população maior do que a estipulada pelo Ministério da Saúde, logo o planejamento deve ser muito bem feito para cumprir com uma atenção de qualidade, não tem número suficiente de agentes de saúde, apesar disso fizemos uma reorganização do serviço para chegar a cada um dos bairros, algo que até agora estamos conseguindo, assim como a atenção à demanda espontânea, mesmo não tendo na unidade um local para realizar a adequada recepção do usuário, esta é realizada num local onde o usuário se sinta bem para poder realizar uma boa escuta, determinante nesta relação médico/usuário, outro aspecto no qual se pode melhorar um pouco mais é nas consultas, já que para cada dia são repartidas fichas para um número determinado de pessoas e ao trabalhar com um número grande de habitantes dificulta muitas vezes o atendimento deles, sendo uma boa opção realizar as consultas a livre demanda, também considero muito importante levar na reunião de equipe este tema porque não existe o conhecimento necessário pelos membros para realizar um correto acolhimento da demanda espontânea.

Na atenção às crianças de zero até os 72 meses de idade, na minha unidade é somente realizada até os doze meses, nossa estimativa pelo caderno de ações programáticas é de 71 crianças na área, nos últimos meses acompanhamos 18 crianças (25%), as demais consultas se realizam só se apresentarem alguma enfermidade, quanto as ações de qualidade apresenta o seguinte panorama: consultas em dia de acordo com o protocolo, nenhuma, atraso da consulta agendada 11(61%), teste do pezinho 6 (33%), primeira consulta até os sete dias de vida e orientação sobre prevenção de acidente 7 (39%), triagem auditiva, monitoramento do crescimento/desenvolvimento e avaliação de saúde bucal 100%, vacinas em dia 13 (72%), orientação para o aleitamento exclusivo 9 (50%), por isso é preciso realizar na UBS um planejamento mais completo para o seguimento deste grupo de idade conforme está estabelecido, também não existe um registro organizado do número de lactantes, as consultas de puericulturas apesar de ser orientadas pelo pediatra, o lactante não vai ao serviço no dia planejado e não se realizam ações necessárias para que este receba sua consulta conforme o planejado pelo Ministério de Saúde no Brasil, dificultando assim um adequado seguimento do lactante durante os primeiros anos de vida. Por outra parte não existe na unidade os protocolos estabelecidos para a realização das consultas, esquemas de vacinação, alimentação, entre outros, realizando algumas pergunta às mães encontrei que têm pouco conhecimento não só sobre estes temas, mas também sobre outros importantes como aleitamento materno, desenvolvimento psicomotor do bebê, penso que se existir um grupo na unidade trabalhando diretamente a prevenção e promoção de saúde, primeiro um trabalho com o grupo das mães e lactantes para tirar dúvidas, assim como conversas sobre temas da puericultura, outro ponto que me chamou a atenção foi que as consultas de puericulturas só são realizadas até um ano de idade, esquecendo outros grupos de idades que também necessitam desta consulta, aproveitando para realizar o planejamento familiar.

Em relação a atenção pré-natal na minha UBS, posso começar dizendo que não é realizada na unidade, já que está centralizado no hospital, onde o ginecologista faz as consultas às gestantes, a estimativa gerada pelo caderno de ações programáticas é 88 gestantes, pude perceber que na unidade não se tem o controle e o registro adequado da quantidade real deste importante grupo, nem números de partos realizados no último ano, não se tem o controle de indicadores como índice de baixo peso ao nascer, mortalidade materno infantil, não existe um

manejo adequado das consultas de planejamento familiar, com nossa chegada ao município se está realizando um novo planejamento para começar a realizar o acompanhamento das grávidas na ESF, para assim poder incidir de forma positiva nestes indicadores, acompanhando todas as gestantes de baixo risco até o final da gestação, depois durante o puerpério e no planejamento familiar, mas a unidade precisa de um controle adequado sobre as mulheres em idade fértil que querem ter filhos, para trabalhar na prevenção de riscos, controle de enfermidades caso exista e orientação profissional não só para a futura mãe, se não também para o pai que muitas vezes esquece que forma parte deste complexo processo, considero muito importante falar com elas sobre as leis que as protegem durante e depois da gestação, assim como todos seus direitos, deveres, que incluem a importância de assistir a todas as consultas planejadas, sobre a realização de exames, vacinação, consulta com o dentista, realização de citologia, importância sobre aleitamento materno, do teste do pezinho no recém-nascido, assim como da incorporação dela aos diferentes grupos de educação em saúde para o bem-estar da mãe e do feto. A estimativa para o puerpério, segundo o caderno de ações programáticas, é de 71 partos no último ano. Atualmente estamos no processo de organização para realizar as consultas na unidade de saúde, algo que sem dúvidas é um passo de avanço para o trabalho com este grupo.

Falando sobre o câncer de colo uterino posso dizer que apesar de realizar o exame cito patológico às mulheres da área, considero que o trabalho não está bem organizado, já que para que o programa funcione bem, segundo os protocolos, primeiramente deve ter o levantamento das mulheres que se encontram no grupo de idade de 25 - 64 anos, a fim de organizar e planejar de forma bem certa todas as ações para o manejo e controle desta importante enfermidade. Nossa área tem uma estimativa pelo caderno de ações programáticas de 1624 mulheres nessa faixa etária. Mesmo que seja feito exames citopatológicos planejados e não de forma oportunista é algo que se realiza às cegas, diariamente às consultas chegam usuárias com muito atraso na realização do preventivo, assim como com grande desconhecimento da importância de realizar nas datas indicadas, penso que existe algo positivo como é o registro das mulheres com preventivos alterados, mas acontece que uma vez encaminhadas para o ginecologista é perdido o adequado seguimento, ou seja, não existe o retorno adequado por parte do especialista, nem o

adequado acompanhamento por parte da UBS, por isso é muito importante melhorar o retorno depois das consultas destes usuários.

No caso do câncer de mama está muito distante da realidade que se fala nos protocolos, já que não se realiza na unidade um rastreamento específico, ou seja, todo se realiza de forma oportunista, a usuária chega a consulta, o médico avalia e se indica o exame se tem algum problema, na unidade não tem indicadores em relação ao câncer de mama, desconhecem todo tipo de dados em relação ao tema, considero muito importante planejar a partir de agora todas as atividades para o próximo ano, centralizado fundamentalmente no trabalho com os grupos de riscos e a organização do serviço na UBS. Nossa unidade tem uma estimativa gerada pelo caderno de ações programáticas de 609 mulheres nessa faixa etária. É determinante o trabalho em equipe e a preparação de cada integrante para assim poder aproveitar cada um dos espaços disponíveis na unidade e depois ir a cada bairro cumprir com nosso principal objetivo que é prevenir a aparição destas enfermidades e se aparecerem realizar um diagnóstico precoce para obter melhores resultados no tratamento.

Refletindo sobre a atenção à saúde no programa de HAS/DM, em que existe um total de 598 e 176 usuários acompanhados que representam 45 e 47% respectivamente, nossa unidade tem uma estimativa conforme o caderno de ações programáticas de 1319 pessoas com hipertensão e 377 com diabetes. Percebi que existem muitas deficiências que dificultam o correto manejo e controle dela, apesar de ser realizado na unidade as consultas para estes grupos a livre demanda, estas não são organizadas segundo protocolos estabelecidos, já que na unidade não se encontram disponíveis eles, além disso não existe os formulários especiais para cada consulta, nem as fichas de vacinação dos mesmos ou seja não se tem um registro na unidade das vacinas de cada um deles, outra dificuldade é que não existe um cadastro na unidade dos usuários com estas enfermidades muito importante para o planejamento das consultas e atividades com os grupos, neste caso tudo é planejado através das agentes de saúde, que possuem um registro com os hipertensos e diabéticos de sua área de abrangência informando mensalmente os casos cadastrados mas as incidências do mês.

Com relação as ações de qualidade no grupo das pessoas com hipertensão têm a seguinte situação: estratificação de risco cardiovascular 52(9%), atraso na consulta agendada em mais de sete dias 112 (19%), exames periódicos em dia 205

(34%), orientações de promoção em saúde em 100% e avaliação de saúde bucal inexistente.

Com relação as ações de qualidade no grupo das pessoas com diabetes encontramos os seguintes dados: estratificação de risco cardiovascular 41(23%), atraso na consulta agendada em mais de sete dias 35 (20%), exames periódicos, exame físico dos pés, sensibilidade dos pés, palpação dos pulsos tibial e pedioso em dia 81 (46%), orientações de promoção em saúde em 100% e avaliação de saúde bucal inexistente.

Em relação a atenção odontológica, encontrei que não existe uma interação direta do mesmo com esses usuários, algo que considero muito importante começar a aplicar já que a boa higiene bucal é determinante para um adequado controle da enfermidade e para evitar complicações, considero que foi muito bom discutir este ponto na reunião de equipe para implementar um conjunto de tarefas encaminhadas a dar solução a este problema, além disso pude perceber que não está implementado na unidade o programa HIPERDIA, ferramenta fundamental de manejo, controle e planejamento, na prevenção e promoção de saúde estamos realizando um trabalho bem interessante com os grupos de HAS / Diabetes Mellitus, reunindo uma vez por mês com eles, com atividades de saúde, centralizando mais o trabalho para a prevenção e controle dos principais fatores de risco que provocam todas as complicações que se relacionam com estas enfermidades, em cada reunião do mês conversamos sobre diferentes temas, também realizamos teste de hgt, controle de pressão arterial, sempre convidamos a nutricionista e o professor de educação física , já que consideramos a alimentação e a atividade física importantes para o controle destas doenças

A estimativa gerada pelo caderno de ações programáticas relativa a saúde do idoso foi de 806 pessoas na área, acompanhamos 558 (69%) e foi encontrado registro das seguintes ações de qualidade: acompanhamento em dia e orientações para hábitos alimentares e atividade física em 100%, hipertensão arterial 119 (21%), Diabetes Mellitus 82 (15%), avaliação de risco para morbimortalidade 175 (31%), fragilidade na velhice 4 pessoas, avaliação de saúde bucal 229 (41%).

O trabalho com a pessoa idosa na unidade tem muitas coisas positivas, mas ainda existem dificuldades como a não presença na unidade do formulário especial para as consultas destes usuários, além de sua ficha de atendimento especial, não contamos com os protocolos de atenção a pessoa idosa, no caso das consultas para

estes usuários é estabelecido um dia específico para, no entanto, durante toda a semana atendemos esse grupo caso seja necessário, mesmo sem consulta agendada, trabalhamos com o grupo de idosos uma vez por mês, além disso, a equipe de saúde da UBS incorpora outros profissionais como, psicólogos, nutricionistas, professores de educação física, conseguindo assim levar uma atenção mais integral a este grupo de idade, também contamos com o apoio do centro social urbano, o qual a cada 15 dias trabalha com o grupo para realizar atividades artesanais, algo que vem dando bons resultados sobre tudo naqueles que moram sozinhos ou estão sozinhos durante o horário da manhã em suas casas, considero muito importante incorporar ao dentista as conversas, já que é muito importante a higiene bucal nesta etapa da vida, apesar das consultas serem realizadas com qualidade, acredito importante conseguir incorporá-lo no trabalho com os grupos. Ainda não se realiza nas consultas a avaliação geriátrica, ferramenta fundamental para estabelecer condutas em relação à pessoa idosa, por outro lado às doenças mais frequentes que se apresentam neste grupo são as enfermidades crônicas e psicológicas, sendo estas duas áreas mais trabalhadas no grupo e nas visitas domiciliares, aparecem em menor número os acidentes no lar e os transtornos psiquiátricos consideraram que apesar do trabalho com o grupo ser de forma satisfatória deve melhorar nos aspectos negativos.

Atualmente os desafios são muitos, mas entre o mais importante está no trabalho com indicadores de saúde, já que só assim poderemos ter na unidade uma verdadeira visão do caminho por onde vamos, além disso acredito que outro aspecto importante é o relacionado com a aplicação de cada um dos protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde, aprofundar o trabalho com os grupos de riscos, realizando atividades de promoção e prevenção de saúde com eles, o complemento da equipe de saúde incluindo os agentes de saúde para chegar a todos os bairros de atenção, conseguir a descentralização de muitos medicamentos para melhorar a atenção ao usuário, conseguir realizar o seguimento das gestantes de baixo risco na unidade, levar um adequado manejo e controle de programas importantes como atenção à hipertensão e diabetes, prevenção do câncer de mama e do colo de Útero, além de realizar uma reorganização do sistema de trabalho da unidade para assim obter melhores resultados de saúde.

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

Ao realizar uma comparação com a situação da unidade do início do curso até hoje posso dizer que avançamos muito no trabalho diário, mas considero que ainda falta mais apoio dos diferentes gestores de saúde do município, assim como maior aproximação entre os líderes da comunidade e a equipe de saúde.

Comparando com o texto inicial da intervenção e o relatório da análise situacional, posso dizer que encontramos muitas diferenças, as primeiras questões que foram levantadas sobre a situação da UBS no começo foram baseadas numa ideia geral da unidade sem ter ainda as ferramentas necessárias para avaliar a realidade e o trabalho do dia a dia que era feito na UBS. Após esse período de avaliação foi possível perceber que a unidade tem poucos dados, não utiliza de forma adequada os protocolos do Ministério da Saúde e como consequência oferece uma atenção à saúde da população sem um planejamento.

Como percebemos não existiam na unidade protocolos do ministério da saúde para um adequado trabalho, com a intervenção o gestor proporcionou os protocolos para o correto manejo destes usuários

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca, déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde. Dados brasileiros sugerem valores semelhantes. Estudo realizado pela OMS mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de saúde e os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes, os custos diretos de atenção à saúde. (BRASIL, 2013/ SBC, 2010)

Considero muito importante para todo sistema de saúde realizar estudos e projetos de intervenção sobre ambas enfermidades, pois coexistem com um alto índice de morbimortalidade, depois de realizar uma análise sobre o comportamento destas duas doenças no Brasil e na unidade de saúde Floresta, ganha maior importância a realização de projetos como estes para contribuir na melhoria do estado de saúde da população.

A unidade de saúde Floresta foi inaugurada em 2012, encontra-se localizada no bairro Floresta e atende uma população aproximada de 5.900 habitantes, quanto a sua estrutura está dividida em recepção, uma sala de vacinas, 1 consultório de dentista, dois consultórios médicos, uma sala de curativos e procedimentos de enfermagem, uma farmácia, uma sala de esterilização de materiais, uma cozinha, três banheiros sanitários e a equipe é composta por 2 médicos clínicos geral, uma enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, uma auxiliar de consultório dentário e 4 agentes de saúde, além de uma auxiliar de limpeza, funcionando das 7:30h até às 11:30h e das 13h até às 17h de segunda a sexta-feira.

No início do meu trabalho na unidade de saúde notei que as doenças crônicas não transmissíveis como HAS/ DM tinham elevada prevalência sendo elas as principais causas de atendimentos durante a semana na ESF, além disso, a maioria de internações hospitalares procediam destes usuários, realizando um acompanhamento de 598 pessoas com hipertensão e 176 pessoas diabetes, também não existiam registros na unidade sobre estes usuários, dos hipertensos só 52 (9%) tinham estratificação do risco cardiovascular, 112 (19%), com atraso em consulta em mais de 7 dias, 205 (34%) com exames complementares em dia e 0 usuários com avaliação da saúde bucal, em relação aos diabéticos os indicadores foram similares, 41 usuários (23%) com estratificação do risco cardiovascular, 35 (20%) com atraso em consultas de mais de 7 dias, 81 (46%) com exames complementares em dia e não tinham usuários como avaliação da saúde bucal, em relação a capacitação de equipe este não tinha os conhecimentos necessários para enfrentar a intervenção, já que não tínhamos os protocolos para o acompanhamento adequado.

Outra dificuldade é em relação à quantidade de agentes comunitários de saúde, somente 4 para 11 bairros algo que dificulta um pouco o cadastramento de usuários com estas enfermidades, apesar disso foi organizada as visitas domiciliares e atualmente tem um dia só para a busca na comunidade daquelas pessoas que faltam a consulta e aqueles com fatores de riscos para incorporá-los aos grupos de prevenção e promoção de saúde que existe na unidade de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes na ESF Floresta, Lagoa Vermelha/ RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta2.2. 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 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 diabéticos.

Metas 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 pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Floresta, no município de Lagoa Vermelha/RS, com duração de 12 semanas, tendo ações em quatro eixos: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica. Para desenvolver a intervenção será adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, do ano de 2013. Serão participantes deste projeto todos os hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2. Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. O monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos será feito através da planilha do curso e ficha- espelho, por mim e pela enfermeira, mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os pacientes hipertensos e diabéticos; garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para o hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

Nesse processo para garantir o registro dos usuários hipertensos vamos combinar com o gestor de saúde para garantir toda a documentação e materiais que vamos precisar para realizar este trabalho fundamental para a intervenção, para melhorar o acolhimento destes usuários, a sala de vacinas a qual não está sendo utilizada atualmente na unidade servirá para o acolhimento, e assim poder realizar uma melhor escuta e uma melhor organização do trabalho com estes usuários. O acolhimento vai ser feito pelo técnico de enfermagem e vai ser monitorado semanalmente pela enfermeira.

Engajamento Público

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

Detalhamento:

Para isso vamos aproveitar o espaço de trabalho com os grupos de usuários com HAS /DM, realizado no salão da Igreja do bairro Operário mensalmente, o médico será o responsável.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde; capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 Mmhg.

Detalhamento:

Para cumprir com todas as ações, será realizado uma capacitação com as agentes comunitárias de saúde de forma continua toda semana, elaborando um cronograma com todos os temas para discutir, utilizaremos a reunião de equipe e outros horários disponíveis de acordo com a demanda de trabalho do dia. A reunião de equipe é realizada na sala de vacinas, a responsável será a enfermeira.

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

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

Meta 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada; Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Para cumprir com esta ação vamos utilizar todo o sistema de coleta de dados disponíveis na unidade de saúde e os disponibilizados pelo curso para a intervenção, ou seja, prontuário do usuário, ficha espelho, planilha eletrônica, mês a mês vai ser revisada todas as informações relativa a esta ação, o médico e a enfermeira serão os responsáveis.

Organização e Gestão do Serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados; Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Primeiramente informamos ao gestor sobre a intervenção que vamos realizar na unidade de saúde e sobre todos os materiais que precisamos para garantir que o trabalho ocorra de acordo ao cronograma, enviamos para ele todos dados sobre o grupo de usuários que formam parte da intervenção , assim como seu estado de saúde atual, necessidades de exames , medicamentos para assim ele fazer uma avaliação dos materiais que precisamos, solicitamos também a versão atualizada do protocolo de atendimentos para usuários com HAS / DM, mensalmente o gestor vai ser informado sobre o andamento do projeto de intervenção, o médico será o responsável por isso. Quanto avaliação da necessidade de atendimento odontológico via ser realizada diariamente nas consultas pelo médico e as consultas vão ser organizadas durante os dois horários de consultas dos dentistas. Em relação ao controle de estoque e sobre manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS/ DM isso vai ser feito pela assistente de enfermagem duas vezes por mês, semanalmente durante as reuniões de equipe vamos avaliar estas ações.

Engajamento Público

Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares; Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Utilizaremos o espaço do trabalho com os grupos para orientar a população sobre estas questões, assim como 10 minutos antes das consultas na sala de

espera vamos falar sobre estes temas, além disso, os usuários serão orientados pelas agentes de saúde durante as visitas que elas realizam. Os responsáveis por essas ações serão o médico e os ACS.

Qualificação na Prática Clínica:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; 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/Hiperdia. Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Aproveitando a reunião de equipe semanalmente vamos realizar o processo de capacitação de todo o pessoal da equipe de saúde, os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O monitoramento do cumprimento das consultas previstas no protocolo para cada usuário vai ser de forma mensal através dos prontuários, planilhas disponibilizadas no curso, pelo médico clínico geral e enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar hipertensos faltosos; organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos; organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Semanalmente vamos organizar as visitas domiciliares para buscar usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consultas, depois de organizado os trabalhos com o apoio das agentes comunitárias de saúde se realizaram as visitas orientando cada usuário, o dia que tem que ir até a unidade de saúde para agendar sua próxima consulta. Os responsáveis serão os ACS e o técnico de enfermagem.

Engajamento Público

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

Detalhamento:

Neste caso a orientação sobre estas questões vai ser feita utilizando todos os espaços disponíveis, com a participação da equipe de saúde, fundamentalmente no dia do trabalho com os grupos, mas também vamos procurar o apoio dos diferentes líderes das comunidades, para utilizar outros espaços geralmente o primeiro sábado de cada mês no horário da manhã já que uma parte da população

durante outro dia da semana não consegue assistir no grupo. Serão responsáveis os ACS, Enfermeira, médico e téc. de enfermagem.

Qualificação da prática Clínica

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

O treinamento das ACS vai ser feito pela enfermeira durante as reuniões de equipe todas as semanas

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde; monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:

O monitoramento da qualidade dos registros dos usuários com HAS / DM vai ser feito pela enfermeira a cada 15 dias, avaliando se todas as informações presentes nos registros estão indo de acordo com o planejado.

Organização e gestão do serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não

realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

O monitoramento das informações do SIAB vai ser feito pela enfermeira, aproveitando a reunião de equipe vamos orientar sobre a importância do adequado registro das informações, ao finalizar cada dia no horário da tarde avaliaremos se os usuários para os quais tínhamos agendado as consultas foram feitas de acordo com o planejamento, neste caso o técnico de enfermagem como responsável do acolhimento vai realizar esta avaliação em conjunto com o médico clínico geral.

Engajamento público

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

Detalhamento:

A orientação sobre este aspecto vai ser realizada diariamente durante o acolhimento de cada usuário que vai até a unidade de saúde, durante o processo de acolhimento o técnico de enfermagem vai falar com eles sobre esta questão.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

Todo o processo de capacitação sobre o registro e preenchimento de dados vai ser feito pela enfermeira nas reuniões da equipe todas as semanas, na sala de espera.

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

Esta ação vai ser realizada pelo médico clínico geral uma vez por mês nas consultas.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

Os usuários que se encontram envolvidos na intervenção, assim como os casos novos que por dia vamos incorporando terão um determinado número de agendamentos para o atendimento sem afetar o resto dos atendimentos que vai ser feito pelo médico clínico geral de acordo com o planejamento das consultas.

Engajamento público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à

importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

Para dar cumprimento a esta ação vamos aproveitar o dia de trabalho com o grupo de HAS / DM que é realizado uma vez por mês no salão da igreja do bairro Operário, também durante o horário da manhã três vezes por semana por 10 minutos falaremos sobre estes temas com os usuários presentes na sala de espera, o médico será o responsável.

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

Detalhamento:

Isso vai acontecer todas as semanas no horário da tarde durante a reunião de equipe, explorando primeiro os conhecimentos que tem os diferentes membros da equipe como ponto de partida e assim realizar a capacitação. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista. Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Depois de terminado cada mês vai ser realizado o monitoramento das consultas de todos os usuários diabéticos e hipertensos de acordo a todas as atividades planejadas, o conjunto do monitoramento vai ser feito pelo dentista, enfermeira e médico clínico geral, depois de uma primeira etapa faríamos uma nova avaliação dos usuários escolhidos para medir impacto da intervenção.

Organização e gestão do serviço

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes. Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Organizar práticas coletivas para orientação de

atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento:

O agendamento e organização do serviço para o atendimento odontológico será feito em nossa unidade nos dois horários de trabalho, priorizando o atendimento de acordo ao risco do usuário sem afetar o resto dos atendimentos normais da população, por dia temos 12 fichas para os usuários que formam parte do projeto, também o dentista aproveita duas vezes por semana para conversar sobre cuidados da saúde bucal a toda população, isto é feito na unidade de saúde durante 10 minutos nos dois horários de trabalho, também depois de concluir cada semana o dentista avalia a necessidade de recursos para trabalhar a próxima semana levando isto na reunião de equipe onde providenciamos através do gestor de saúde os materiais necessários para não parar os atendimentos dos usuários . Na unidade ainda não temos grupo de tabagismo, mas aproveitamos o dia de trabalho com os grupos para conversar sobre este tema.

Engajamento público

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Uma vez por mês vamos ter contato com os diferentes líderes das comunidades para avaliar o andamento do projeto, esclarecer dúvidas em aspectos que seja necessário aprofundar, assim como para criar novas estratégias de trabalho no caso precise, esse dia em outro espaço vamos realizar conversas sobre temas de importância. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso. Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Todo o processo de capacitação vai ser feito durante as reuniões da equipe de saúde nas quintas-feiras de tarde. Os responsáveis serão o dentista, enfermeira e o médico.

2.3.2 Indicadores

Serão considerados indicadores para avaliação da eficácia da intervenção os abaixo citados:

Relativos ao objetivo 1

Meta 1.1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes da Unidade de Saúde.

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Relativos ao objetivo 2

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

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos 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: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador: 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: 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.

Relativos ao objetivo 3

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

Indicador: 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: 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.

Relativos ao objetivo 4

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

Indicadores: 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.

Indicadores: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Relativos ao objetivo 5

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

Indicadores: 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.

Indicadores: 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.

Relativos ao objetivo 6

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

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

Numerador: Número de pacientes 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: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos.

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

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos.

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

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos.

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

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos.

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

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013, estarão à disposição duas cópias, uma para o médico clínico geral e a outra para a enfermeira os quais ficarão na unidade básica de saúde. Utilizando as fichas destes usuários, assim como a ficha espelho disponíveis no Município. Estimamos alcançar com a intervenção 857 hipertensos e 245 diabéticos, vamos elaborar um sistema de alerta para aqueles usuários com

HAS/DM de alto risco, por exemplo, colocar no prontuário do usuário com alto risco um adesivo vermelho, para ficar mais claro aqueles usuários que precisam de maior atenção pela equipe. Faremos contato com o gestor municipal para dispor dos prontuários necessários, imprimindo no início 100 prontuários e fichas-espelhos que serão anexadas às os prontuários. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso que vai ser preenchido pelo enfermeiro.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes Hipertensos e Diabéticos que vieram ao serviço de consultas nos últimos três meses. O Profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para o registro específico. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Sendo guardado em um arquivo específicos que indique esta doença, como responsável o médico clínico geral.

Começaremos a intervenção com uma capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção dos hipertensos e diabéticos para isto será reservada uma hora no horário utilizado para as reuniões nas quintas-feiras à tarde. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. As reuniões ocorrem na sala de espera da unidade de saúde. Os ACS serão capacitados também sobre o cadastramento dos hipertensos e diabéticos.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será realizado pelo técnico de enfermagem, os acompanhamentos serão de acordo com o planejamento ou agendamento realizado pelo técnico de enfermagem, tendo em conta aspectos como a última consulta, exames complementares em dia, atenção odontológica, estado atual do usuário e outros, para assim diminuir os faltosos as consultas médicas com busca ativa, além daqueles que tem um estado de saúde desfavorável. Usuários com fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes serão atendidos no mesmo turno pelo médico clínico geral com uma abordagem abrangente, a fim de alcançar uma melhor qualidade de vida da população. Usuários com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus que buscam consultas clínica de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor dos 3 dias.

Aqueles que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Os responsáveis pelo acolhimento serão a enfermeira e o técnico de enfermagem.

Para escutar e informar a comunidade vamos aproveitar os grupos no salão da Igreja do bairro Operário, o qual é desenvolvido uma vez por mês, primeiro para apresentar o projeto para a comunidade, esclarecendo sua importância e explicando os objetivos que gostaríamos alcançar com o mesmo, solicitando o apoio dos diferentes líderes dos bairros e da comunidade para conseguir estes. Também vamos elaborar banners para ilustrar nossas conversas de educação em saúde, tendo como responsáveis por essas ações os agentes comunitários de saúde, dentista, o médico e o técnico em odontologia.

Cada quinze dias a enfermeira examinará os prontuários dos hipertensos e diabéticos identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os pacientes em atraso. Ao fazer a busca já agendará os usuários para um horário de sua conveniência. Ao final de cada semana, as informações coletadas no prontuário específico serão consolidadas na planilha eletrônica que vai ser feita pela enfermeira.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Encerramos 12 semanas de trabalho intenso do nosso projeto de intervenção com a satisfação de ter alcançado a maioria dos objetivos e metas elaborados para este importante trabalho, quando começamos tínhamos muitas dúvidas sobre o desenvolvimento de todas as atividades que iam ser feitas durante este período, assim como do grau de mobilização e apoio da população, líderes das diferentes comunidades, gestor de saúde e toda a equipe que tinha que participar da mesma, já que nunca tinha sido feito na unidade um trabalho como este e ainda mais que tínhamos algumas dificuldades para enfrentar, no início da intervenção foi necessário realizar todo um processo de organização para que o fluxo das diferentes atividades acontecesse de acordo com o planejado, já que precisávamos de vários recursos para a intervenção.

Durante a primeira semana a principal dificuldade foi em relação ao trabalho nos diferentes bairros e foi algo que aconteceu durante quase toda a intervenção, já que só tínhamos na unidade quatro agentes de saúde para 11 bairros, foi tudo novo para todos porque tivemos que começar a incorporar na rotina diária o projeto de intervenção algo que precisava de muita organização para não afetar o resto dos atendimentos, para uma população de 5900 habitantes só uma equipe e incompleta, foi insuficiente muitas vezes para um bom desempenho do trabalho, mesmo assim conseguimos realizar cada uma das atividades que tínhamos planejado no cronograma, o processo de capacitação feito pelo médico e a enfermeira da equipe de forma dinâmica durante a maioria das semanas, fundamentalmente dirigido para uma adequada atualização dos protocolos de saúde que se utilizariam durante o projeto, assim como outras atividades de capacitação para agentes de saúde em relação aos valores normais e alterados da pressão arterial e hgt, promoção e

prevenção de saúde. De forma geral as reuniões da equipe foram realizadas durante as quintas-feiras, em que ficavam organizadas todas as atividades que iam ser desenvolvidas para a semana seguinte.

As diferentes ações que estavam planejadas para o projeto de intervenção foram desenvolvidas quase em sua totalidade, as atividades de promoção e prevenção foram realizadas fundamentalmente uma vez ao mês com o grupo de usuários com HAS / DM (Figura 1), obtendo resultados satisfatórios em relação ao adequado controle destas duas doenças, elevando o conhecimento do grupo quanto alimentação saudável, prática de exercícios, tabagismo, higiene bucal e outros fatores de risco importantes para prevenir complicações relacionadas com estas doenças (Figura 2), a busca ativa dos faltosos a consulta foi desenvolvida pelos agentes de saúde, médico e enfermeira, nas visitas domiciliares, os diferentes registros de informação uma vez por mês foram revisados de forma detalhada pela enfermeira para ver se coincidia toda a informação coletada durante o mês, dificuldades em relação aos agentes de saúde foi a mais importante, assim como o acontecido em uma das semanas que não conseguimos avaliar todos os usuários com necessidade de atendimento odontológico porque um dos dentistas tinha problemas de saúde, houve outra semana já quase terminando a intervenção que ficamos até a quinta-feira sem a enfermeira.



Figura 1 – Grupo de usuários hipertensos e diabéticos na ESF Floresta, município de Lagoa Vermelha/RS, 2015.



Figura 2 – Acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos na ESF Floresta, município de Lagoa Vermelha/RS, 2015.

Em relação as facilidades, foi maravilhoso o apoio por parte do gestor de saúde ante qualquer situação apresentada com uma alta resolutividade, algo muito importante para a continuidade durante cada semana das atividades, sempre que precisamos recebemos ajuda, seja, com os exames que a cada semana precisávamos ter em dia para cada usuário, assim como as diferentes consultas de vários usuários que foi necessário em seu momento com algum especialista, sempre encontrou alguma alternativa para solucionar isto, por parte dos materiais, insumos desde o começo nunca faltou, algo muito positivo que facilitou uma boa avaliação dos usuários que por dia iam as consultas, também o apoio dos diferentes líderes dos bairros foi maravilhoso eles foram fundamentais na hora de mobilizar toda a população para as atividades de promoção e prevenção de saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em relação às ações que não foram desenvolvidas temos que não conseguimos cadastrar 65% dos usuários, meta que tínhamos previsto para o projeto, só conseguimos 40% das pessoas com hipertensão e 50% das pessoas com diabetes, entre outras causas trabalhamos com a estimativa do caderno de ações programáticas que tinha números muito elevados para quatro meses de intervenção, inicialmente, pensamos por um momento que podia ser possível, mas a quantidade de pacientes por semana era muito grande, depois o tempo da intervenção foi reduzida para 3 meses ai foi impossível, mesmo assim com os usuários acompanhados obtivemos resultados satisfatórios que foi o mais importante. A prescrição de medicamentos da farmácia popular também não foi alcançada em 100% porque tinham várias pessoas com uso de medicamentos prescritos em consultas com médicos particulares mantendo dentro dos limites normais os valores de pressão e glicose.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta e sistematização de dados relativos à intervenção assim como fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, transcorreu de acordo com o planejado sem dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As diferentes ações e atividades foram incorporadas na rotina diária sem problemas, só que no início apesar de não afetar o resto dos atendimentos, o volume de consultas foi um pouco elevado, agora para dar continuidade vai ser necessário continuar com o apoio do gestor de saúde, somos três médicos na unidade, algo que melhora muito o volume de trabalho, temos assim um novo membro da equipe, uma secretaria que anteriormente não tínhamos, considero que a incorporação das atividades melhoraram consideravelmente os atendimentos de forma integral para os usuários com estas doenças crônicas que são responsáveis por muitas complicações que podem colocar em risco a vida da pessoa.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção teve como tema a melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, da ESF Floresta, Lagoa Vermelha/RS. Na área adstrita a UBS existe 598 usuários hipertensos e 176 usuários diabéticos acompanhados na unidade, o projeto foi realizado nos 11 bairros pertencentes a UBS que conta com 5900 usuários em sua população. Depois de 12 semanas de trabalho chegou o momento de expor os resultados obtidos conforme aos objetivos estabelecidos que são os seguintes:

Objetivo1: Ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Depois de terminar a intervenção alcançamos os seguintes indicadores de cobertura: Mês 1: 130 (9,9%); Mês 2:357 (27,1%); Mês3:539 (40,9%); usuários com hipertensão. Aumentando gradativamente o cadastramento desses usuários na intervenção.

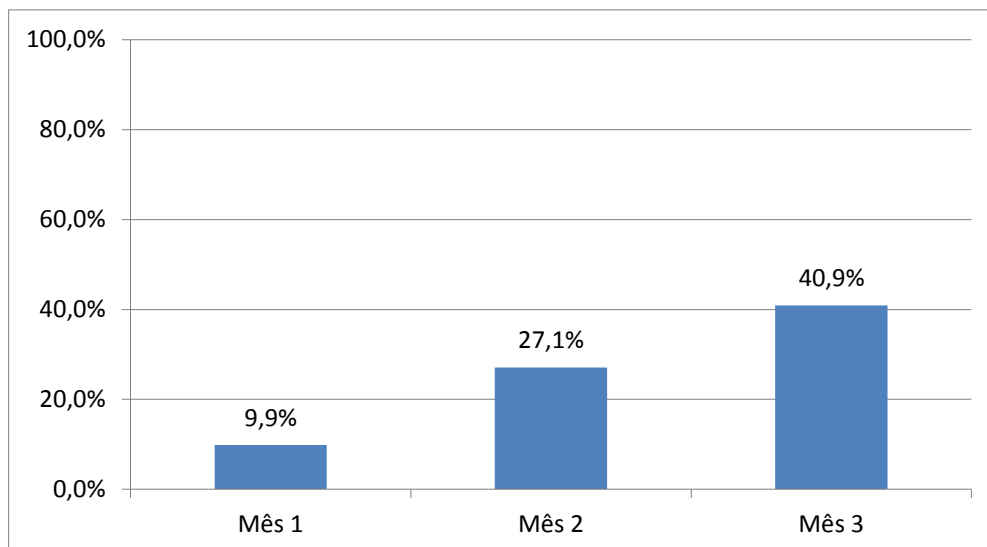


Figura 3 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Lagoa Vermelha/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 1.2. Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Em relação a esse indicador alcançamos no mês 1: 36(10,7%), no mês 2: 107 (31,8%); mês 3 :170(50,4%). Assim como para a cobertura de hipertensão a cobertura para usuários diabéticos foi sendo aumentada conforme o decorrer da intervenção.

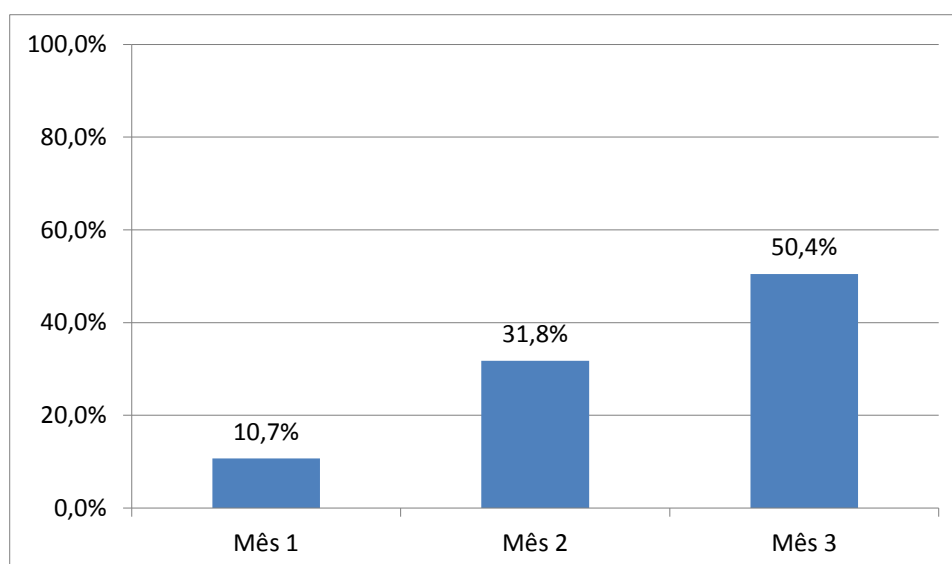


Figura 4 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Lagoa Vermelha/RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados

Qualitativamente posso dizer que este objetivo, não foi alcançado por situações como falta de agentes comunitários de saúde, já que só tínhamos quatro

agentes para onze bairros algo que dificultou o processo de cadastramento dos usuários, isto junto com uma diminuição do tempo da intervenção não favoreceram alcançar esta meta, assim como o grande número de pessoas com hipertensão, dando continuação é possível alcançar 100%.

Objetivo2: 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 em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Para as metas acima alcançamos realizar exame clínico apropriado no 100 % dos usuários envolvido na intervenção, garantindo assim uma avaliação completa em cada consulta deles.

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.

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.

No caso da realização de exames complementares também conseguimos realizar estes no 100 % dos usuários envolvidos , onde o apoio do gestor foi fundamental para cumprir com esta importante meta.

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

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

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

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

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

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

O 100 % dos usuários envolvidos no projeto de intervenção foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico o trabalho foi feito pelo medico nas consultas com apoio da assistente de enfermagem em ocasiões.

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

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

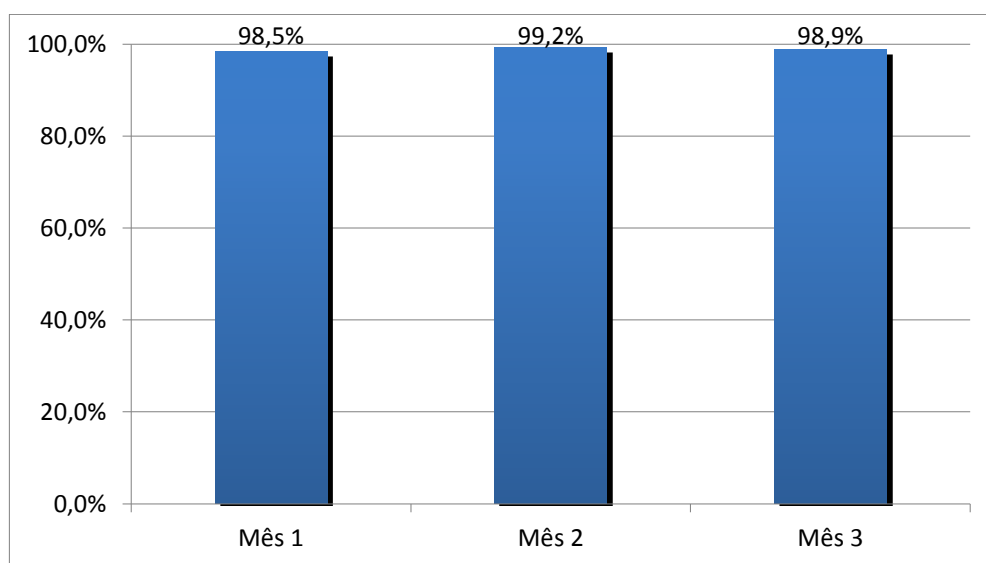


Figura 5 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Lagoa Vermelha/RS.2015.

Fazendo uma análise da proporção de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular HIPERDIA, a meta de 100% não foi atingida. No primeiro mês :128 (98,5%), mês 2: 354 (99,2 %), mês 3: 533 (98,9 %). Alguns usuários utilizam medicamentos receitados por um médico particular e seguem tal tratamento com seus sintomas controlados, logo, não foi modificado o tratamento.

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

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

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

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.

Durante os três meses da intervenção foram realizados a busca ativa de todos os usuários que no momento se encontravam faltosos durante as consultas das semanas, apenas usuários hipertensos foram faltosos, assim durante o primeiro mês:3 (100%), mês 2:3 (100%), mês 3:3 (100%). A busca ativa dos usuários faltosos foi muito importante já que permitiu dar uma melhor continuidade ao trabalho durante toda a intervenção. Durante a intervenção não tivemos pacientes com Diabetes Mellitus faltosos as consultas.

Qualitativamente tiveram um papel fundamental nossas agentes comunitárias de saúde para realizar a busca ativa dos usuários faltosos as consultas, conseguindo o retorno dos mesmos em dias posteriores para dar continuidade ao acompanhamento, a organização do trabalho na unidade permitiu um melhor controle dos usuários faltosos, os diferentes espaços como os grupos de trabalho nas comunidades nos ajudou a informar a toda a população sobre a importância de participar de forma ativa em cada uma das atividades da intervenção, também outra coisa positiva foi a realização das visitas domiciliares semana por semana de forma satisfatória.

Objetivo4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

Com relação às metas relacionadas acima, foi possível fazer o registro adequados para todos os usuários acompanhados no período. Antes da intervenção existiam problemas com o registro adequado dos diferentes usuários na ficha de acompanhamento sendo necessário organizar de forma correta todos os registros assim como fazer o controle de acordo ao planejamento, assim depois de chegar na unidade os usuários durante o acolhimento foram orientados sobre seus direitos de ter atualizados os registros de informação, ao finalizar cada dia avaliamos a qualidade dos registros juntos com o técnico de enfermagem, ou seja, revisando prontuário de consultas planilha de coleta de dados , ficha de espelho, também o SIAB , foi monitorado pela enfermeira uma vez por mês .

Objetivo5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicadores 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Indicadores 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

A estratificação do risco cardiovascular em usuários com hipertensão arterial e diabetes é determinante para avaliar complicações futuras e assim conseguir

realizar um melhor controle do usuário, durante o projeto de intervenção conseguimos realizar a estratificação em 100% dos acompanhados.

O trabalho nas diferentes comunidades feito pelas agentes de saúde foi importante para informar de forma geral aos diferentes usuários sobre fatores para risco cardiovascular, também foi positivo para obter estes resultados o trabalho com os grupos que foi feito uma vez por mês, assim como o apoio por parte do gestor para viabilizar a realização dos exames complementares que precisavam estes usuários para realizar uma adequada avaliação do risco cardiovascular.

Objetivo6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

Com relação às metas relacionadas acima, todos os usuários acompanhados receberam tais orientações. A orientação nutricional, a atividade física, o tabagismo e a higiene bucal em portadores de hipertensão arterial e diabetes tem muita importância na prevenção de complicações, motivo pelo qual desde o começo da intervenção focamos nosso trabalho em ações de promoção em saúde.

A reunião de equipe foi um dos aspectos mais importantes para obter estes resultados, onde realizamos todo o processo de capacitação para poder cumprir de forma satisfatória todo o relacionado com a prevenção de saúde, utilizamos cada espaço para realizar estas atividades, onde foi determinante o trabalho em equipe e o desempenho de cada um dos membros da equipe.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade de Saúde da ESF Floresta do município de Lagoa Vermelha/RS, durante as doze semanas, permitiu ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, sendo todas as ações desenvolvidas em conformidade com o cronograma feito para realizar o trabalho durante este período, assim os usuários atendidos no período receberam atenção e avaliação qualificada de forma integral, para ao final obter os melhores resultados possíveis, nas consultas foi realizado exame clínico apropriado a todos os usuários, com atualização de acordo com o protocolo estabelecido na Unidade.

Também melhoramos consideravelmente em relação aos exames complementares dos usuários envolvidos na intervenção, já que antes da mesma existiam problemas de muitos com exames desatualizados de acordo com os protocolos, aumentamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, apesar de não conseguir os melhores resultados aconteceu uma mudança importante neste aspecto, todos os usuários receberam avaliação odontológica, melhorando a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, diminuimos o número de pessoas faltosas as consultas, algo que favoreceu cumprir as atividades planejadas durante cada semana de forma satisfatória, além disso, melhoramos o registro das

informações dos usuários com um trabalho feito pela equipe desde o acolhimento, passando pela consulta e sendo monitorizado todas as semanas pela enfermeira, como parte de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, também foi realizada estratificação de risco cardiovascular a todos, assim como foi feito um importante trabalho de prevenção e promoção de saúde para este grupo envolvido na intervenção.

Para a equipe, a intervenção provocou mudanças importantes, já que foi necessário elevar a preparação dos diferentes integrantes em relação aos protocolos estabelecidos para o atendimento de pacientes com hipertensão e Diabetes Mellitus. Assim os funcionários que se encontravam mais qualificados quanto ao fornecimento de informações sobre essas doenças, tiveram a função de capacitar o resto da equipe para cumprir com as atividades de cada semana, sendo os principais responsáveis da importante tarefa o médico, a enfermeira, o técnico, o dentista. A capacitação dos ACS foi importante, pois eles tiveram um papel fundamental na comunidade e na ESF, respaldado pelos conhecimentos discutidos nas reuniões de equipe, embasados nos protocolos utilizados pelo Ministério da Saúde e adotados pela intervenção, ou seja, melhor orientação, busca ativa e cadastramento dos usuários e maior convencimento sobre os cuidados relativos a ambas as doenças. O acolhimento continuou sendo feito pelo técnico em enfermagem, assim como o controle de HGT, medidas de pressão arterial, capacitando nestes aspectos os ACS, a enfermagem continuou com o monitoramento e avaliação dos diferentes registros, assim como o funcionamento geral da ESF. Já o trabalho do dentista e auxiliar, além da parte assistencial foi baseado geralmente em pequenas atividades de promoção e prevenção de saúde que viraram em resultados positivos em relação a saúde bucal, sendo assim mudou a rotina de trabalho da unidade ficando mais dinâmico e organizado.

Em relação ao serviço, depois de dar início a nossa intervenção houve uma melhor organização e estruturação do mesmo, conseguindo melhorar a qualidade do atendimento aos usuários diabéticos e hipertensos, desde o acolhimento até a realização da consulta propriamente dita, permitindo uma melhor otimização da agenda para atendimento da demanda espontânea, as diferentes capacitações realizadas durante as reuniões de equipe ajudaram para realizar uma melhor classificação durante o acolhimento de cada um dos casos do dia-a-dia, estabelecendo desta forma uma ordem de atendimento prioritário, ajudou também a

melhorar o fluxo de comunicação com os usuários na sala de espera algo que antes não acontecia.

A intervenção para a comunidade foi muito importante, já que gerou muita satisfação por todos, antes da intervenção existia muito desconhecimento por parte da população sobre aspectos relacionados com o uso adequado dos diferentes medicamentos utilizados para o controle da hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, quase todas as semanas encontrávamos em consultas usuários descompensados pelo mal uso do tratamento indicado, a maioria dá importância no tratamento com medicamentos e não a fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares, pouco cuidado da saúde bucal, das mãos e dos pés e sobre todo a importância de ir a consultas com uma periodicidade adequada. Depois de 12 semanas de trabalho observamos importantes mudanças quanto a estes aspectos, conseguindo melhorar de forma significativa a qualidade de vida dessas pessoas e dos atendimentos, melhorando a adesão ao tratamento, mesmo assim ainda existem inconformidades, já que existem usuários hipertensos e diabéticos sem cobertura e outra parte da população desconhece porque muitas vezes priorizamos o atendimento deste grupo de usuários.

Primeiro para realizar uma melhor intervenção completaríamos a equipe de trabalho, já que para uma população como a nossa precisaríamos de mais pessoal para ter um melhor desenvolvimento da rotina diária no serviço, melhoraria a comunicação e relacionamento com os líderes das diferentes comunidades para assim manter informada toda a população sobre cada atividade que vai ser realizada nos bairros e como tem que funcionar os atendimentos na ESF uma vez iniciada a intervenção.

Considero importante incorporar as ações da intervenção à rotina da unidade, pois os resultados demonstraram que é necessário para dar continuidade ao processo de organização e gestão do serviço, há uma tendência dos profissionais de se acomodarem quando passa o período de intervenção, por isso é necessário dar importância à análise dos resultados positivos advindos deste projeto. Assim, pretendemos manter ações como reunião de equipe que serve tanto para gerar informação, como para debater temas de relevância relativos ao trabalho, temas de capacitação e para estar mais unidos como equipe.

Também pretendemos dar continuidade na unidade a promoção e prevenção de saúde, sem dúvida fundamental para manter um adequado equilíbrio na saúde

destes usuários. Ademais, o projeto de intervenção proporcionou aos participantes momentos adequados de reflexão frente à necessidade de melhoria do registro das informações e discussão sobre suas práticas e as possibilidades de realização de ações de promoção da saúde aos usuários com HAS e/ou DM, uma vez incorporadas a intervenção na rotina diária queremos alcançar o 100 % de cobertura para este grupo de pessoas.

Agora depois de terminada a intervenção temos que solucionar com apoio do gestor algumas situações como a falta de agentes comunitários de saúde para poder conseguir chegar a cada uma das comunidades realizando um melhor cadastramento dos usuários, assim como pretendemos aplicar a intervenção para outros grupos na unidade como idosos, lactantes, gestantes melhorando desta forma os indicadores de saúde que são reflexo de nosso trabalho.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor (a),

Por meio da especialização em saúde da família da UFPEL, na unidade básica de saúde da floresta começamos a aplicar todo um conjunto de instrumentos e ferramentas que ajudaram primeiramente a organizar o processo de trabalho e posteriormente realizar um diagnóstico das principais dificuldades, não só em relação a estrutura da unidade, também quanto ao comportamento de algumas doenças na área de abrangência pertencente a nosso centro de trabalho, assim tendo em conta o número elevado de pessoas com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus e a pouca qualidade que existia para o adequado atendimento e acompanhamento dos usuários, traçamos como objetivo desenvolver na unidade um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus da ESF Floresta.

O projeto de intervenção foi organizado em 12 semanas de trabalho, em que organizamos todas as atividades para realizar através de um cronograma com um responsável específico por cada atividade, antes de começar as atividades tínhamos algumas dificuldades que foram informadas para vocês, que precisavam ser resolvidas para que tudo o que foi planejado fosse cumprido, como falta de matérias de insumos, alguns medicamentos, falta de agentes comunitários de saúde, equipe de trabalho incompleta, falta de transporte para as visitas domiciliares, assim como a organização para os atendimentos dos usuários no nível secundários foram as principais dificuldades, depois de resolvidas organizamos o trabalho em quatro eixos: Qualificação da Prática Clínica, Engajamento Público e Monitoramento e Avaliação das ações.

Utilizamos para realizar a intervenção no programa de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus na ESF Floresta o caderno de atenção básica do Ministério de

Saúde de HAS e de DM, do ano 2013, além dos diferentes registros existentes na unidade, farmácia, registros dos grupos em funcionamento e os prontuários eletrônicos.

Não tínhamos na unidade o número suficiente de agentes de saúde para trabalhar nos 11 bairros que fazem parte da unidade, mesmo assim foi realizado o rastreamento de casos novos de usuários com HAS/ DM , assim como foi realizada busca ativa daqueles que durante a semana não compareciam nas consultas programadas, obtivemos uma melhoria na cobertura destes usuários e na qualidade do atendimento prestado aos mesmos, com a identificação de usuários descompensados, realização de estratificação de risco cardiovascular, aumentamos o número de usuários com uso de medicamentos da farmácia popular, além disso, 100% deles receberam orientação sobre alimentação saudável, importância da prática de atividade física e de prevenção do tabagismo, assim como a importância da saúde bucal, em relação aos exames complementares para uma adequada avaliação destes usuários alcançamos 100%, para isso foi determinante o apoio do gestor que conseguiu cotas adicionais de exames para este grupo, também realizamos exame clínico a todos os usuários envolvidos na intervenção.

No caso da cobertura, mesmo aumentando não alcançamos a meta que planejamos no início de 65%, já que tivemos dificuldades com o número de agentes comunitários de saúde para realizar o trabalho em cada bairro, mesmo assim conseguimos acompanhar durante o projeto de intervenção 539 usuários com HAS (40,9%) e 170 diabéticos (50,4 %).

De forma geral consideramos que os resultados da intervenção foram positivos, já que quase todas as metas foram alcançadas, nunca tinha sido feito um trabalho com estas características na unidade, mesmo assim conseguimos mudar hábitos e estilos de vidas, algo que pensávamos quase impossível no início do projeto, isso foi percebido fundamentalmente nas consultas, pois o número de usuários descompensados diminuiu consideravelmente, o número de pessoas com obesidade, alterações dos lipídios, doenças odontológicas mudou de forma significativa, hoje posso dizer que a população tem maior conhecimento sobre estas doenças e sobre os fatores de riscos para sua prevenção, quanto a gestão considero que o apoio foi muito importante para a intervenção, uma vez feito o diagnóstico dos problemas todos foram resolvidos, só no caso dos agentes de saúde não houve uma solução a tempo.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

Com a realização da análise situacional em nossa unidade de saúde encontramos um conjunto de dificuldades quanto ao funcionamento da UBS de forma geral, assim como em relação a cobertura de atendimento de algumas doenças crônicas não transmissíveis, predominantemente no caso dos usuários com Diabetes Mellitus / hipertensão arterial sistêmica, partindo disso realizamos um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a atenção aos usuários com estas doenças, assim o trabalho foi encaminhado em quatros eixos fundamentais: Organização do processo de trabalho, Qualificação da Prática Clínica, Engajamento Público e Monitoramento e Avaliação das ações.

Para cumprir com todas as atividades a realizar em cada um dos eixos um bom trabalho, foi realizada capacitação para todos os membros da equipe de saúde utilizando os protocolos do Ministério da Saúde para o adequado controle das doenças em questão, isso foi muito positivo já elevando o conhecimento dos profissionais envolvidos na intervenção, os quais depois conseguiram satisfatoriamente levar aquilo que foi aprendido para a comunidade.

O trabalho foi organizado através de objetivos, metas e ações seguindo um cronograma elaborado no projeto. Tínhamos como objetivos específicos: ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de

risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos, para prevenção do risco de complicações e melhorar sua qualidade de vida.

Considero muito importante ressaltar que depois de 12 semanas de intervenção os resultados foram significativos para a comunidade, já que em primeiro lugar conseguimos ampliar a cobertura para os usuários hipertensos e diabéticos, melhoramos o acolhimento, assim como aumentamos o número de atendimentos para estes grupo de usuários, sempre que foi preciso avaliação odontológica ou algum tipo de orientação necessária foi dada na hora, voltando o usuário para sua casa com todas as dúvidas esclarecidas, em relação a outros aspectos aumentamos o número de usuários com uso de medicamentos da farmácia popular e conseguimos incorporar todas as atividades de promoção e prevenção de saúde a grande maioria das pessoas que moravam nas diferentes comunidades, penso que deve existir mais apoio entre os diferentes líderes das comunidades para melhorar o fluxo de informações nos diferentes bairros pelo problemas que sempre tivemos com os agentes de saúde, considero que em termos de informação ainda temos que melhorar mais porque existem muitos casos de desinformação e muitos não conseguem entender o motivo de um determinado grupo de usuários ter prioridade muitas vezes nas UBS.

As diferentes ações e atividades vão ser incorporadas na rotina diária sem problemas, sem afetar o resto dos atendimentos a diferença do início é que o volume de consulta foi um pouco aumentado, agora para dar prosseguimento das ações vai ser necessário continuar com o apoio do gestor de saúde, somos três médicos na unidade, algo que melhora muito o processo de trabalho, temos assim um novo membro da equipe, uma secretaria que anteriormente não tínhamos, considero que incorporação das atividades melhoram consideravelmente os atendimentos de forma integral para os usuários, com relação a estas doenças crônicas que são responsáveis por muitas complicações que podem colocar em risco a vida de vocês.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Realizando uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, posso dizer que as expectativas desde o começo eram muitas, já que sempre algo novo em nossas vidas gera interrogações, curiosidades e porque não, certos medos. Em relação ao curso lembro que durante a primeira semana de atividades foi algo difícil, tornando-me um pouco lento para atualizar os dados do perfil e envio das tarefas. Tínhamos na frente uma nova modalidade de estudo que nunca experimentei em meus anos como profissional, ou seja, um curso na modalidade à distância, mesmo assim em poucas semanas com ajuda de minha orientadora, consegui me adaptar ao novo sistema de estudo deixando trás essas primeiras semanas tão difíceis, quando se inicia uma nova matéria.

O curso para meu desenvolvimento e prática profissional foi de muita importância, já que me fez crescer em aspectos relacionados com a atenção básica de saúde que não tinha um total domínio anteriormente, me ajudando a entender melhor o funcionamento do SUS de forma integral, ou seja, desde a estrutura adequada da UBS, atribuições dos profissionais, funcionamento da unidade, acolhimento e direitos dos usuários entre outros aspectos que ajudaram a melhorar meu trabalho, não só desde o ponto de vista organizativo para eu ter desenvolvimento de forma satisfatória durante o curso, também me ajudou aprofundar e me atualizar em muitas doenças, foram muito positivas as práticas clínicas disponibilizadas pelo curso durante cada semana, no âmbito pessoal gostei muito, assim como dos testes de qualificação cognitiva, o intercâmbio de conhecimentos ideias nos fóruns, também muito produtivo e ajudando a ter melhor desempenho nas tarefas das semanas. A atualização dos diferentes protocolos de

tratamento servira para realizar uma melhor avaliação e controle das diferentes doenças que a diariamente chegavam nas unidades.

Trabalhar junto à orientadora foi positivo, pois demonstrou que é possível ter uma boa orientação, assim como trabalhar em equipe para dar solução a determinadas situações mesmo à distância.

O projeto de intervenção sem dúvidas foi o aspecto mais positivo que marcou de forma permanente meu trabalho e desenvolvimento profissional, já que graças a ele consegui mudar muitas coisas que antes do curso, na minha unidade, não eram feitas de forma correta, também me ajudou a melhorar a qualidade de vida dos usuários com Diabetes Mellitus/hipertensão arterial, tudo isso foi possível pelo processo de aprendizagem que alcancei durante 12 semanas da intervenção, meus conhecimentos cresceram muito em aspectos como investigação científica, já que com o projeto tive que estudar novos documentos e artigos para conseguir entender melhor o trabalho que estava realizando.

Considero que a experiência foi muito positiva em relação à aprendizagem durante o curso como profissional da saúde, deve continuar me atualizando cada dia, já que este é um processo contínuo e dinâmico que precisa do estudo permanente para obter assim melhores resultados no trabalho.

Referências

1. American Diabetes Association – **Clinical Practice recommendation**. Diabetes care, n 23, suplement, 2 Jan. 2000.
2. ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.
3. Beevers, D. Gareth. Galtan. **A Hipertensão na prática, in Macgregon**. Rio de Janeiro: Guajabara Koogan, 4 v. 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Diabetes Mellitus: **O que todos precisam saber**. Brasília, 1997.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Indicadores para composição da parte II do contrato organizativo de Ação Pública**. Brasília, 2012.
6. Brasil, Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília. 2006. (Caderno de Atenção Básica 16).
7. Brasil. Ministério de Saúde. **SIS HIPERDIA-Apresentação**. Acesso em 10 jan. 2013, disponível em: <http://hiperdia.DATASUS.Gov.br>
8. ROSA, R. S. **Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.
9. SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet, London, 9 maio 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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