

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS de Carlos
Gomes, Carlos Gomes/RS**

Antonio Castro Garrido

Pelotas, 2015

Antonio Castro Garrido

**Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS de Carlos
Gomes, Carlos Gomes / RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UnaSUS/UFPel, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mateus Casanova dos Santos

Pelotas, 2015

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

G241m Garrido, Antonio Castro

Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS de Carlos Gomes, Carlos Gomes/RS / Antonio Castro Garrido; Mateus Casanova dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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. Santos, Mateus Casanova dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatoria.

Dedico este trabalho à minha família e amigos que fizeram e se fazem presentes em minha vida, acompanhando, portanto, as quedas e vitórias que alcancei dia-a-dia.

Dedico, ainda, a todos/as educadores/as e, ainda, aqueles/as que, de certo, participam ou se preocupam com o nosso cenário educativo, pelo fato de acreditarem, apesar de tantos entraves, que uma conquista politizada e democrática, sem dúvida, contribui para uma formação reflexiva e emancipada de indivíduos, não é uma utopia.

Agradecimentos

Em Primeiro lugar agradeço a meus filhos Mariam, Antonio e Fernanda por ser fonte de inspiração e estímulo diário em o enfrentamento às adversidades da vida cotidiana e do trabalho em um país distante de hábitos e cultura diferentes.

Aos governos e Ministérios da Saúde de Cuba e Brasil por permitir-me a trabalhar e desenvolver esta estratégia educativa e ter vivenciado tão nobre e humilde tarefa de lutar e contribuir a melhorar a saúde do povo, uma experiência maravilhosa e inesquecível.

A meu orientador Mateus Casanova dos Santos pelo apoio incondicional e constante preocupação no termino deste artigo.

Agradeço também a todos os meus amigos e colegas de trabalho que de uma ou outra maneira ajudaram a realização deste projeto.

Resumo

GARRIDO, Antonio Castro. **Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS de Carlos Gomes, Carlos Gomes/RS.** 90f. – Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O trabalho de conclusão de curso apresentado caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na UBS de Carlos Gomes, em Carlos Gomes, RS, Brasil. A intervenção se desenvolveu em doze semanas, entre os meses de fevereiro a junho de 2015 e teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes Mellitus*, tendo como orientações as proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos protocolos sobre HAS e DM e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, dentro dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. A cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde alcançou 100 % (246), da mesma forma para o programa de atenção ao diabético (36). As ações previstas no projeto da intervenção foram inseridas totalmente na rotina do serviço. O número de usuários hipertensos e diabéticos foi cadastrado e monitorado conforme ao projeto. A equipe toda participou do registro, melhorou o acolhimento para os usuários envolvidos na intervenção. Foi garantido o material necessário para as tomadas da pressão arterial e a realização de teste de glicemia capilar. Os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade, de forma geral, foram engajados para o conhecimento do programa de atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Na parte de qualificação da prática clínica, os agentes comunitários de saúde foram capacitados para o cadastramento de hipertensos e diabéticos. Observou-se que cadastrado 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, teve melhoria na qualidade dos registros, capacitação da equipe de saúde, melhorou a interação com a comunidade e a intervenção foi inserida na rotina do serviço, organização e integração do processo de trabalho. Portanto, concluímos que a forma como é gerida a atenção à saúde no município reflete diretamente na saúde da população e, conseqüentemente, na execução da intervenção foi alcançada as metas propostas. Não há profissão cujo trabalho feito com dedicação e carinho promova, além do bem-estar do próximo, tamanha satisfação pessoal.

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

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Carlos Gomes, município Carlos Gomes, RS | 60 |
| Figura 2 | Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS Carlos Gomes, município Carlos Gomes, RS | 60 |
| Figura 3 | Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo | 61 |
| Figura 4 | Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo | 62 |
| Figura 5 | Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo | 62 |
| Figura 6 | Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo | 63 |
| Figura 7 | Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada | 64 |
| Figura 8 | Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada | 65 |
| Figura 9 | Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico | 65 |
| Figura 10 | Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa | 66 |
| Figura 11 | Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento | 67 |
| Figura 12 | Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia | 68 |
| Figura 13 | Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia | 69 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|-----------------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária a Saúde |
| DCNT | Doença Crônica Não-Transmissível |
| EAD | Educação à Distância |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HIPERDIA | Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPeI | Universidade Federal de Pelotas |
| UNASUS | Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde |

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação | 8 |
| 1 Análise Situacional | 9 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 07 de agosto de 2014 | 9 |
| 1.2 Relatório de Análise Situacional. | 11 |
| 1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional..... | 24 |
| Análise Estratégica..... | 25 |
| 2.1 Justificativa | 25 |
| 2.2 Objetivos e metas | 29 |
| 2.2.1 Objetivo geral..... | 29 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas | 29 |
| 2.3 Metodologia | 31 |
| 2.3.1 Ações:..... | 32 |
| 2.3.2 Indicadores..... | 40 |
| 2.3.3 Logística | 47 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 52 |
| 3 Relatório da Intervenção..... | 53 |
| 3.1 As ações previstas da intervenção que foram desenvolvidas:..... | 53 |
| 3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas | 55 |
| 3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados..... | 55 |
| 3.4 Análise da incorporação das ações à rotina do serviço | 56 |
| 4 Avaliação da intervenção..... | 57 |
| 4.1 Resultados..... | 57 |
| 4.2 Discussão | 68 |
| 5 Relatório da intervenção para os Gestores..... | 71 |
| 6 Relatório da intervenção para a comunidade. | 75 |
| 7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem. | 78 |
| Referências | 80 |
| Apêndices..... | 81 |
| Anexos | 86 |

Apresentação

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção voltada a qualificar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS de Carlos Gomes, Carlos Gomes/RS.

O texto está organizado em momentos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso em Unidades de Aprendizagem conforme demonstrado a seguir: passamos pela a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, conhecida como Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 12 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término, há os relatórios ao Gestor e para a Comunidade, assim como a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Como elementos referenciais no volume final, há as referências, anexos e os apêndices, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 07 de agosto de 2014

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local. Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população. A ESF é uma proposta do Ministério da Saúde para implantação e implementação do Sistema Único de Saúde e vem sendo apresentado institucionalmente como alternativa para mudança de modelo assistencial.

Eu trabalho no município de Carlos Gomes, responsável por um território de 535 famílias para um total de 1.602 pessoas. O município apresenta uma Unidade de Saúde instalada na sede do município que presta atendimento básico à população. O espaço físico da Unidade Básica de Saúde é amplo, sendo este dividido em sala para secretário de saúde, sala administrativa, sala de imunizações, dispensário de medicamentos, sala de esterilização, recepção, sala de observação, sala de procedimentos, dois consultórios médicos, consultório de enfermagem, sala

de nebulização e eletrocardiograma, banheiros, lavanderia e cozinha. O consultório odontológico, sala de reunião, e os serviços de vigilância epidemiológica e sanitário encontram-se em outro prédio ligado ao prédio da UBS. Tanto o espaço físico quanto a localização são adequados para o atendimento dos usuários do serviço de saúde. A organização do atendimento é através da demanda espontânea dos clientes em consulta médica e de enfermagem. O atendimento odontológico é agendado com antecedência, havendo vaga em caso de emergência. Todos os serviços ambulatoriais básicos são oferecidos pelo município, estando os mesmos vinculados ao SUS. Em caso de necessidade de algumas especialidades os pacientes são encaminhados para Hospital Microrregional Nossa Senhora da Pompéia em Viadutos e/ou Hospital Regional Santa Terezinha de Erechim.

A Equipe é composta por dois médicos, duas enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários. Também há uma equipe de saúde bucal, um psicólogo e equipe de fisioterapia, os quais ajudam com as atividades de promoção de saúde, além de facilitar a conexão com as equipes e a comunidade, convertendo-se por isto num pilar fundamental. Até este momento estamos a realizar a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade, para planejar e focar as ações de saúde. Encontrando que a Hipertensão Arterial, a Diabetes e os problemas de Saúde Mental são as principais patologias que afetam na população, muitas vezes não só pela necessidade de tratamentos farmacológicos senão pelo grande desconhecimento sobre a importância da dieta como pilar fundamental de tratamento. Também, aparece o tabagismo e o álcool como importantes problemas de saúde. Temos começado a traçar estratégias encaminhadas ao aumento das visitas domiciliares, pela dificuldade de acesso ao posto de saúde, pois as distâncias e as possibilidades de transportação são muito poucas.

Sabemos que é um pouco cedo para falar de resultados significativos, não só pelo tempo que estou trabalhando na equipe de saúde, senão também porque isto constitui uma experiência nova para os integrantes do mesmo, mas estamos a basear nosso trabalho no intercâmbio de experiências, procurando sempre um ponto de acordo onde o objetivo final, que é sempre o mesmo, melhorar a saúde da população. Tal é de modo que com os tratamentos impostos e o rastreamento realizado conseguiu-se compensar um grande número de usuários portadores de patologias crônicas, mas sabemos que à medida que seja mais constante e consciente o trabalho que se realize serão melhores os resultados. Ademais,

também percebo que as palestras ajudam na mudança dos hábitos e estilos de vida das pessoas. Assim, observei as mudanças nas distintas dietas da nossa população como a diminuição do consumo de sal, da ingestão de álcool, diminuição do hábito de fumar e o aumento das atividades físicas na comunidade. Atualmente, é consensual a importância da prática da atividade física regular para a saúde e bem-estar físico e psicológico das pessoas, pois os estilos de vida sedentários constituem um dos maiores problemas de saúde.

No município de Carlos Gomes os hábitos individuais ainda tem que ser trabalhado bastante com a conscientização, pois temos bastante casos de obesidade, uso de tabaco, uso de álcool. São poucas as pessoas que tem hábitos de atividades físicas regulares. A alimentação apresentou melhoras principalmente no aumento de consumo de frutas, verduras e diversificação dos cardápios, mas ainda é grande o consumo de carne principalmente vermelha. A maioria produz grande parte dos alimentos, principalmente a carne, verduras, legumes, cereais e frutas. Ainda está presente a compra de produtos como batata inglesa, cebola e tomate, tanto no meio rural, quanto no meio urbano, e compra de produtos industrializados no grupo de usuários aposentados.

A sede do município dispõe de uma praça recreativa para lazer, sendo que nesta se encontra uma Academia ao Ar Livre para realizações de atividades físicas. Conta também com um ginásio municipal, um ginásio de esporte da paróquia, um campo de futebol pertencente ao Esporte Clube Riachuelo, um clube que pertence à Sociedade Carlos Gomes, um Centro de Tradição Gauchesca para realização de recreação, cultura, atividades em grupo e ações comunitárias.

Nas comunidades rurais as atividades de lazer limitam-se às promoções desenvolvidas por elas próprias, ou seja, festas comunitárias, futebol de campo, jogo de bocha e baralho.

1.2 Relatório de Análise Situacional

O município de Carlos Gomes está localizado a leste da Região do Alto Uruguai, sendo que a cidade é banhada pelo Rio do Peixe e tem em seu território várias sub-bacias de pequenos e médios córregos com papéis importantes em sua configuração. O município tem a altitude média de 620 m. O território municipal tem

uma área total de 83 Km², representando 0,0309% do estado, 0,0148% da região e 0,001% de todo território brasileiro. Os limites municipais de Carlos Gomes ocorrem ao Norte com o município de Maximiliano de Almeida e Viadutos; ao Sul com município de Centenário; a Leste com o município de Paim Filho, São João da Urtiga e Maximiliano de Almeida; e a Oeste com o município de Áurea, Centenário e Viadutos. As distâncias rodoviárias dos municípios que fazem limite com Carlos Gomes/ RS são:

| Município | Distância |
|------------------------|------------------|
| Viadutos | 24 Km |
| Maximiliano de Almeida | 30 Km |
| Centenário | 12 Km |
| Paim Filho | 23 Km |
| São João da Urtiga | 18 Km |
| Áurea | 20 Km |

O município de Carlos Gomes está inserido fisiograficamente em uma porção do extenso Planalto Meridional do Brasil e é integrado ao Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) Norte e pertencente à Mesorregião Noroeste Riograndense e a Microrregião Geográfica do município de Erechim em uma distância de 54 Km. Tendo este como polo centralizador para serviços de saúde, educação e prestação de serviços. Regionalmente, e integrante da Associação dos Municípios do Alto Uruguai (AMAU), entidade que incorpora 32 municípios da região. E está a cerca de 388 Km da capital do estado do Rio Grande do Sul que é a cidade de Porto Alegre. O acesso do município dar-se-á pela RS 126 e RS 477, sendo que o trajeto entre os municípios que fazem limite com Carlos Gomes ainda se dá por estradas não pavimentadas. A divisão interna do município se dá com zona urbana e as seguintes zonas rurais: Linha Rio Acima; Linha Chato Pequeno; Linha Lajeado Boccó; Linha Lajeado Albino; Linha Belo Horizonte; Linha Rui Barbosa; Linha Lajeado Bonito; Linha Nova Brasília; Linha Chato Gaúcho; Linha São Valentim; e, Linha Lajeado Polônia.

A Unidade Básica de Saúde Carlos Gomes, tem uma população de 1.602 habitantes todos cadastrados na UBS. Ela é a única em nosso município, há uma equipe de Saúde da Família com uma boa disponibilidade de NASF, com boa disponibilidade de atenção especializada. Tem disponibilidade de serviço hospitalar,

disponibilidade de exames complementares, entre outros que contemplam este nível de atenção básica em saúde.

Nossa UBS é rural e a mesma está vinculada ao SUS. Existem vínculos com as instituições de ensino e o modelo de atenção é tradicional. Há na equipe da Unidade de Saúde dois médicos, um clínico geral brasileiro e um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil, duas enfermeiras, quatro técnicas em enfermagem, uma farmacêutica, uma psicóloga, um profissional fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, um odontólogo e uma técnica em odontologia.

A UBS não tem o modelo moderno que explica o Manual da Estrutura da UBS do Ministério da Saúde. De forma geral tem todas as salas que devem ter todas as UBS, comparando com as UBS modernas. Têm dois consultórios médicos, um consultório de psicologia, um consultório de enfermagem, uma sala de vacinas, um consultório de fonoaudiologia, de assistência social, de fisioterapia, consultório da nutricionista, um consultório odontológico, sala de reunião e sala de agentes comunitários de saúde (ACS).

A UBS tem uma sala de administração e gerencia, copa, cozinha, almoxarifado, sala de depósito de lixo, sala de espera, de recepção, de depósito de limpeza, farmácia, sala de esterilização, tem um escovódromo. Não tem abrigo de resíduos, estes são transportados ao hospital onde são queimados. Todas estas salas são muito amplas, com medidas adequadas, até a sala de recepção e espera que tem uma capacidade para mais de 18 pessoas. Todas as paredes internas são de superfície lisa, laváveis, os pisos são de superfícies lisas e laváveis, e todos os pisos são de superfície regular, firme, estável e antiderrapante. A cobertura de proteção é telhado. As portas são de material lavável, às janelas são de madeira e vidro com um tamanho adequado que permite a passagem da luz natural elas não têm telas mosquiteiras. Os lavatórios possuem torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos que são as recomendadas para as UBS. Os armários são de superfície lisa, sendo um pouco antigos, porém com bons acabamentos arredondados.

Existe sinalização visual dos ambientes que permite a comunicação através de textos, e através de figuras, mas não em todos os ambientes, não existe sinalização que permita a comunicação em braile nem através de recursos auditivos. O prédio da UBS é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência, não tem degraus porque não precisa, tem rampas nos lugares que precisam, não

são altos porque não precisam ter uma altura grande, mas estão um pouco inclinados.

Uma necessidade da UBS são corrimãos nos corredores para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida. As calçadas do prédio são amplas, e permitem a mobilidade de todos os pacientes com e sem deficiências. Existem cadeiras de rodas para os pacientes com necessidade delas.

O terreno onde está construída a UBS é alto, só as calçadas das ruas são as que têm problemas, feitas de pedras e cheias de buracos sobre todo para os pacientes, idosos, grávidas que tem que chegar a UBS caminhando. Geralmente os esfigmomanômetros não são calibrados, só se compram novos, e as peças não tem revisão da calibragem.

Existem muitos banheiros na UBS, mas tem um adaptado para os pacientes com incapacidades, são amplos. A UBS precisa facilitar a sinalização em todos os ambientes que facilite a comunicação já seja em textos, através de figuras, e outros, procurar atualizar ou modernizar um pouco o mobiliário de forma geral, porque os que existem atualmente são antigos. Precisamos de um sistema de calibragem das peças de forma frequente e dos esfigmomanômetros.

As barreiras arquitetônicas na UBS não são muitas mas nas que existem na própria UBS temos que trabalhar em conjunto com a Secretaria de Saúde para eliminá-las, por exemplo, na construção de rampas mais adequadas, colocar corrimãos nos corredores para auxiliar a os pacientes com mobilidade reduzida como os pacientes idosos. Fazer um tratamento adequado do lixo da UBS deve classificar-se melhor para que sejam recolhidos de forma separada, porque normalmente todo é recolhido junto.

Em nossa UBS os profissionais têm conhecimento das suas atribuições como trabalhadores da Atenção Básica de Saúde que são trabalhando nas diferentes atividades segundo a portaria NB 2488 21 de outubro 2011.

Os profissionais da UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, na identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a risco, na sinalização das redes sociais, e equipamentos sociais. Geralmente os profissionais que participam deste processo são enfermeiro, médicos, agentes comunitários de saúde.

Os cuidados em saúde são realizados na UBS, no domicilio, nas escolas, seja na consulta, nas visitas domiciliares, nas atividades de educação em saúde que são

realizadas nas ruas como mutirão de dengue, e outras atividades de promoção e prevenção. Disponibilizamos de espaço para fazer pequenas cirurgias e procedimentos na UBS, fundamentalmente suturas, curativos de queimaduras, retiradas de pontos cirúrgicos, e outros. São também realizados atendimentos de urgências- emergências, além de não existir condições apropriadas para fazer as mesmas, pois os recursos para melhor atendimento delas são destinados ao Hospital Santa Terezinha na cidade de Erechim que se localiza aproximadamente a uma hora da nossa cidade.

Não temos usuários que fazem tratamento de Hanseníase, Tuberculose e geralmente os pacientes que tem tuberculose, algum momento tem melhorias de seus sintomas ou porque acham que o tratamento não dá certo, deixam de tomar os medicamentos, e o enfermeiro, ACS, auxiliar de enfermagem, médico, são os profissionais que geralmente realizam busca ativa deles com ajuda de familiares. Em nossa área de abrangência existe usuários moradores que necessitam receber cuidado domiciliar, seja idosos, usuários com diferentes incapacidades por sequelas de acidentes ou por anomalias genéticas, usuários com doenças terminantes, entre outros e até este momento tem o apoio familiar, todos eles são visitados pelos integrantes da equipe de saúde da UBS. Em outros casos precisamos também de ajuda da equipe do NASF, fundamentalmente em usuários psiquiátricos que para um melhor tratamento tem que ser encaminhados para atendimento especializado e alguns deles não tem ajuda da família, e a equipe de saúde em conjunto com o NASF tem encontrado solução para eles. Temos usuários de álcool que fazem tratamento para abandonar o habito toxico e também precisam de nossos cuidados e seguimento.

Em domicilio as atividades e procedimentos que geralmente realizamos são curativos de usuários que tem sofrido acidentes e não podem se deslocar até a UBS todos os dias, fundamentalmente o que mais temos realizado são orientações de educação em saúde e cuidados de saúde, seguimento de usuários que tem problemas de saúde que precisam revisão, seja de tratamentos, evolução no caso de idosos, usuários de álcool, pacientes com tuberculose, hanseníase, crianças com problemas de saúde diversas, entre outros. Também se fazem procedimentos, como vacinas no caso de campanhas de vacinação, ou vacinas em usuários faltosos ou que por incapacidade que não possam vir até a UBS, aplicação de injeções no caso

de pacientes que sua patologia necessita, fisioterapia, colocar ou trocar sondas, entre outras atividades.

Na UBS fazemos encaminhamentos aos usuários que requeiram por sua patologia os diferentes atendimentos especializados, para internação hospitalar, atendimento em serviços de pronto atendimento e atendimento em pronto socorro respeitando os fluxos de referência e contra referência e os diferentes protocolos. Fazemos acompanhamento de todas estas situações.

A vigilância em saúde é uma obrigação de todos os trabalhadores de saúde por enquanto nossa equipe de saúde tem obrigação de notificar os casos suspeitos de doenças e agravos notificáveis e fazer busca ativa delas, mas geralmente os que fazem a notificação escrita é o enfermeiro e o médico da UBS.

Na UBS são realizadas atividades de educação em saúde, nos mutirões palestras, nas consultas, nas visitas domiciliares, mas não temos organizados nenhum grupo até agora. E deve ser uma das metas que proponho para um melhor trabalho com os diferentes temas de educação em saúde. Todos os profissionais da UBS promovem a participação da comunidade no controle social e identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intervencionais com a equipe. Os profissionais da UBS participam de atividades em educação permanente deles e ajudam na preparação de os outros trabalhadores de saúde.

Participamos do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, o enfermeiro, o médico, odontólogo, técnico e auxiliar de enfermagem, técnico e auxiliar dentário. As reuniões de equipe são realizadas mensalmente para construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, qualificação clínica, planejamento de ações, informações em saúde. Destas reuniões participam geralmente o enfermeiro, ACS, auxiliar de enfermagem e o médico. Quando o tema da reunião requeira também participam odontólogo, equipe de NASF, e outros.

Por tanto, de toda esta reflexão acho que o mais importante é que, nós juntamente com a equipe de saúde temos que lograr uma melhor integração de toda a equipe nas diferentes atividades de educação em saúde, de gestão em saúde, e com os gestores de saúde do Município. Porque de forma geral todos conhecem certamente o trabalho que tem que fazer e fazem, mas existe um pouco de individualidade no trabalho, estou achando que nos últimos meses temos um trabalho mais unido, geralmente entre enfermeiro, técnica de enfermagem, ACS,

equipe de NASF. Outra coisa é integrar mais a população nas atividades de educação em saúde como a organização de grupos específicos de adolescentes, de aleitamento materno, de hipertensos, de diabéticos, e outros.

A distribuição da população por idade/sexo, nossa UBS tem 1.602 habitantes, 834 homens e 768 mulheres e a faixa etária está de acordo com a estimativa e com base na distribuição Brasileira já que em nossa área de saúde predomina o sexo feminino e uma faixa etária de 15-59 anos para um total aproximado 1050, pelo qual é considerada uma população jovem com tendência a um índice ao envelhecimento da população.

Nossa área de abrangência o número de crianças menores de um (1) ano e de 7 que não concorda de forma adequada com a realidade brasileira já que deve ser de 19 % da população registrada na UBS.

Nossa área de abrangência tem um número baixo de gestantes é de 5 gestantes. Desta forma, considero que esta cifra não representa os 21,00 % da população total, já que a mesma deve ser de 24,03% da população registrada. E o número de mulheres em idade fértil encontra-se de acordo com a estimativa, nossa área de Saúde tem muita população das zonas rurais onde ainda persistem muitas costumes da população que ainda persiste a gravidez em adolescentes e em mulheres com idade acima dos 35 anos de idade. Nossa equipe de saúde desenvolve orientações e educação à população sobre os riscos e complicações da gravidez em determinadas idades, são realizadas palestras sobre o uso dos contraceptivos e anticoncepcionais como meio de evitar a gravidez fora das idades acertadas para uma gravidez satisfatória.

A Unidade Básica de Saúde conta com uma equipe básica de saúde da família com dois médicos e o tamanho da equipe é adequado ao tamanho da população de nossa área de abrangência pelo qual é garantida uma atenção adequada as necessidades dos usuários sejam nas consultas ou nas visitas domiciliares que faz a equipe, sempre na unidade de saúde fica um dos médicos para o atendimento marcado pelas consultas e a demanda espontânea.

Em nossa UBS o acolhimento aos usuários é feito pela equipe de acolhimento do dia. As consultas daqueles usuários que não precisam atendimento imediato são agendadas para o mesmo dia, os usuários tem a possibilidade de escolher o médico por quem eles querem ser atendidos.

O acolhimento às demandas espontâneas dos usuários por problemas de saúde agudos e que precisam de atendimento imediato é realizado adequadamente pelos profissionais correspondentes e os mesmos realizam a identificação e classificação destas demandas que surgem espontaneamente para que nenhum usuário fique sem atenção médica, além de que são atendidos de acordo a ordem de prioridade, os usuários são acolhidos com uma ótima qualidade e se oferta um bom serviço a altura que eles merecem.

Na UBS existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, eles são revisados periodicamente para constatar as crianças faltosas, verificar crianças de risco, os registros estão preenchidos de forma adequada, à cobertura de saúde da criança é de 37 % com 7 crianças menores de um ano na nossa área de abrangência, e todas tem as consultas em dia de acordo com o protocolo do ministério de saúde, não há atraso da consulta agendada em mais de sete dias, testes de pezinho até sete dias, primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, triagem auditivo, monitoramento do crescimento na última consulta, monitoramento do desenvolvimento, vacinas em dia, orientação para aleitamento materno exclusivo, orientação para prevenção de acidentes, à saúde da criança tem uma boa qualidade já que os profissionais de saúde brindam orientação sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança, explicam o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, os profissionais de saúde chamam atenção para data da próxima consulta e vacinas.

Temos que falar e reconhecer que a mesma tem uma boa organização da oferta da puericultura já que todos os profissionais estão envolvidos com a existência e utilização de protocolo especifica com as ações desenvolvidas na puericultura e a utilização dos critérios para classificação de crianças de risco, tem boa organização dos registros, se realizam atividades de grupo, existem os programas do Ministério da Saúde como planejamento, organização e gestão, uma boa avaliação e monitoramento das ações de puericultura. A puericultura tem como objetivos a redução da morbimortalidade infantil e a potencialização do desenvolvimento da criança por isso é muito importante oferecer suporte para seus pais ou cuidadores, estimular o fortalecimento de vínculos que serão importantes para toda a sua vida e identificar pessoas que podem representar a rede de apoio em momentos suscetíveis e evitar situações que as coloquem em risco.

Nossa forma de registro permitiu o preenchimento da parte de Pré-natal e puerpério do caderno de ação programáticas já que somente temos 5 gestantes residentes na área de abrangência o que representa um 21%, podemos fazer uma avaliação mais profunda de como em nossa área de Saúde a equipe de trabalho dá o seguimento adequado tentando fazer um protocolo o mais exato possível em atenção as grávidas em toda a gestação como, por exemplo, captação ao início do primeiro trimestre da gravidez, dar um seguimento de acordo com o calendário feito pelo ministério da Saúde, Fazer os exames complementares correspondentes ao primeiro trimestre da gestação, poder aplicar as vacinas correspondentes conforme com o protocolo de atendimento, poder prescrever o suplemento de sulfato ferroso conforme protocolo fazer exame ginecológico por trimestre, avaliação da saúde bucal e dar uma boa orientação para aleitamento exclusivo nos primeiros Seis meses da amamentação e a importância desta para o lactante, avaliar as consultas das puérperas segundo protocolo, que as mesmas estão registradas, que tivessem orientação sobre os cuidados básicos do Recém-nascido, receberão orientação sobre o planejamento familiar, foram examinadas antes e durante o puerpério uma boa avaliação de seu estado psíquico e mental.

Na nossa área 'a Saúde da Mulher tem uma cobertura de 100%, a equipe de saúde totalmente consagrada na atenção às gestantes e puérperas. Também temos que lembrar nossa área de saúde só tem uma população de 1602 habitantes e isso facilita mais ainda para realizar um trabalho melhor e de boa qualidade, nenhum recém-nascido e puérpera tem ficado sem a consulta segundo protocolo de atendimento e com uma ótima qualidade por parte de nossa equipe de saúde, nenhuma puérpera fica sem as consultas acordo com o protocolo nacional, todas avaliadas entre os 7 dias e de 28 a 42 dias, com as consultas registradas, orientações sobre os cuidados mínimos e básicos do RN ,um exame físico geral e uma avaliação de seu estado psíquico e mental .

É bom fazer um comentário sobre a importância e objetivo da atenção pré-natal e puerpério que é a prevenção da natalidade e mortalidade da mãe e as crianças através de uma série de recomendações que vão desde as promoções e prevenções de doenças, poder fazer um diagnóstico precoce e um tratamento oportuno da doença. Também é um dever dos serviços de saúde e profissionais de saúde acolher com toda a dignidade que a mulher merece e os recém-nascidos

como sujeitos de direitos. Fazer muita ênfase ao programa Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de atenção básica de saúde.

Logo de fazer uma avaliação dos aspectos do processo de trabalhos em nossa UBS para melhorar de forma a contribuição para ampliar a cobertura a qualidade da atenção ao pré-natal chegou à conclusão que por tudo o que foi antes exposto sobre as distintas eventualidades e seguir trabalhando como até o momento, já que em nossa UBS se trabalha com base nos protocolos de atuação os quais falam de como dar uma atenção básica de qualidade.

Na UBS existe arquivo específico para os registros dos atendimentos ao programa de prevenção do câncer de colo de útero e Controle do Câncer de Mama, eles são revisados periodicamente para constatar as mulheres faltosas, com plenitude de registros, avaliar qualidade do programa, as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde.

Os poucos indicadores da qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de Útero é de uma qualidade aceitável já que os profissionais de saúde que executam o programa se preocupam porque as mulheres não tenham atraso com mais de 6 meses ,são avaliadas e orientadas sobre DTS e temos dificuldades já que não se tem conhecimento de exames coletados com células representativas da Junção Escamocolunar porque devemos trabalhar em como obter esses dados tão importantes, as mulheres tem boa orientação sobre prevenção do câncer de mama, não há avaliação de risco para câncer de Mama porque temos que trabalhar com a avaliação do risco.

Na UBS temos que falar e reconhecer que a mesma tem uma organização aceitável, mas temos que trabalhar para fortalecer a mesma, aumentar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 - 64 anos, tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer, re coletar os exames coletados com células representativas da Junção escamocolunar, fazer palestras sobre aperfeiçoamento do rastreamento do câncer do colo de Útero assim tomar algumas estratégias para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, ressaltando que o câncer do colo do útero é pré nível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem em muitos anos, rastrear todas as mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta, fazer um acompanhamento e tratar

todas as mulheres com lesões positivas, segundo as Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, fazer um cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos, que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adstrita. E a partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença por isso o mais importante e que cada profissional conheça suas atribuições da Atenção Básica no controle do câncer do colo do útero.

Considero que ainda temos que trabalhar muito mais para fortalecer, e aumentar a cobertura de Mamografia em mulheres de 50 -69 anos, tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Fazer palestras sobre aperfeiçoamento do rastreamento do câncer da mama assim tomar algumas estratégias para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre o câncer de mama para todas as mulheres, ressaltando que o câncer de mama é prevê nível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem em muito ano, rastrear todas as mulheres de 50 a 69 anos a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta, fazer um acompanhamento e tratar todas as mulheres com lesões positivas, segundo as Diretrizes para o Rastreamento do Câncer de mama, fazer um cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adstrita. E a partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame, avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames por isso a coisa mais importante e que cada profissional conheça suas atribuições da Atenção Básica no controle do câncer de mama.

Seria bom fazer um breve comentário sobre os elevados índices de incidência e mortalidade tanto por câncer do colo do útero e da mama no Brasil por isso é muito importante a implantação de estratégias que foram efetivas de controle dessas doenças e assim incluam ações de promoção, prevenção e detecção precoce, tratamento, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de vital importância à elaboração e a implementação de Políticas na Atenção Básica, enfatizando a

atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todo o País e assim conscientizar a todos os funcionários das UBS sobre este trabalho.

Na UBS existe arquivo específico para os registros dos atendimentos das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Eles são revisados periodicamente para constatar os pacientes faltosos, completude de registros, avaliar qualidade do programa, os usuários têm registros específicos, 100% da população registrada na UBS, a equipe de saúde tem que trabalhar mais no controle e seguimento da doença, fazer pesquisas já que muitos pacientes com HAS e DM não sabem que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticada até que se manifestem sinais de complicações. Percebemos que temos que trabalhar na realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, nas consultas com atraso em mais de sete dias, avaliar os exames de laboratório, avaliação de saúde bucal em dia, ofertando a todos orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável. Temos que reconhecer que a mesma tem uma organização aceitável, mas temos que trabalhar muito mais em fortalecer esta ação programática. Fazer rastreamento dos usuários, avaliando pressão arterial e realizando hemoglicotestes (HGT) aos pacientes de risco.

Assim, pode-se planejar estratégias para não perder o seguimento de pacientes com exame alterado, fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre a HAS e DM, além de atender todo paciente que apresenta sinais de alerta, fazer um cadastro e identificação da população, que a equipe conheça a sua população com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adscrita. Já que grande quantidade da população tanto brasileira e do mundo com HAS e DM não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticada até que se manifestem sinais de complicações por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentam maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável. Por isso devemos ter sempre em nossas mentes os fatores indicativos de maior risco.

Apesar de na UBS não existir arquivo específico para os registros dos atendimentos das pessoas idosas, porém estas pessoas estão registradas em fichas

de atendimento muitas destas pessoas tem caderneta de pessoa Idosa, eles são revisados periodicamente para constatar os pacientes faltosos, completude de registros, avaliar qualidade do programa devemos trabalhar mais com os indicadores da estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do caderno de Ações Programáticas não parece adequada a realidade já que na UBS temos uma diferença de 76 pessoas idosas , mas temos que trabalhar muito e falar sobre as atribuições comuns a todos os Profissionais da Equipe para melhorar este indicador tão importante que o trabalho com as pessoas Idosas ,seguir trabalhando para que as pessoas idosas tenham avaliação multidimensional ,com acompanhamento em dia, com avaliação do risco para morbilidade ,com orientação para atividade física regular, com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis trabalhar mais na investigação de indicadores de Fragilização na velhice e fazer avaliação de saúde bucal.

Temos que trabalhar muito mais em fortalecer a mesma, planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em nossas áreas conforme orientações com os protocolos, identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização, alimentar e analisar dados os sistemas de informação em saúde, acolher a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito, prestar atenção continua as necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal ao longo do tempo, desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe, buscar a integração entre a equipe de saúde e a população a Unidade mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis por isso é muito importante as atribuições dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

Eu considero que temos muitas coisas e desafios para melhorar as atenções aos usuários, já que nossa comunidade não conta com serviço de atendimento no pronto socorro, hospitais. Assim, a atenção oferecida pelas equipes tem que ser integral, atingir uma retroalimentação entre atenção básica de saúde e atenção secundária com o objetivo de continuar oferecendo o acompanhamento de qualidade nos pacientes que precisam conseguir aumentar a disponibilidade dos exames laboratoriais para assim garantir um diagnóstico correto, sendo a satisfação da população o maior desafio de toda nossa equipe de saúde.

Por isso é bom reconhecer que um dos melhores recursos que nossa UBS apresenta é o recurso humano o qual tem muita disposição e desejo de fazer o trabalho certo. Depois de começar as aplicações dos questionários e as discussões em conjunto, cada integrante da equipe de saúde reforçou mais o conhecimento sobre as atribuições e ajudou para a mudança dos aspectos incorretos da equipe, começando com o trabalho certo a obter resultados, como bem mostra o Caderno de Ações Programáticas. Neste sentido, só temos que seguir trabalhando para chegar a se aproximar à média nacional naquelas doenças como HAS e DM, que ainda não chegam à média nacional de acompanhamento.

Comecei o trabalho já fazemos oito meses na UBS Carlos Gomes. A equipe de Saúde da Família se encontrava fazendo a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade com o objetivo de planejar e focar as ações de saúde para fazer o plano de saúde do município.

Com o começo das estratégias encaminhadas ao aumento das visitas domiciliares, palestras educativas aos distintos grupos de pessoas, o registro de todos os atendimentos com prontuários e outros registros específicos, o trabalho organizado em conjunto com toda a equipe de saúde, temos conseguido resultados satisfatórios e o atendimento da mesma com qualidade.

Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A oferta de uma ação programática com foco na atenção qualificada aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM) na atenção primária à saúde é fundamental para melhorar a qualidade da vida das pessoas que tem estas doenças. Mediante ações de promoção, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno pode-se realizar o diagnóstico precoce para evitar as complicações.

Houve grande contribuição ao fazermos uma revisão do protocolo de atuação, os questionários da análise situacional e a aba do Caderno das Ações Programáticas da UBS, relacionados com meu foco de intervenção que o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no município Carlos Gomes, particularmente a HAS e a DM. A política pública pode ser compreendida como um plano no qual seus gestores demarcam suas metas e objetivos a serem desenvolvidos para assim atingirem com eficiência e eficácia a sua missão, razão de existir, ou seja, é um planejamento de ação em prol da sociedade. O projeto surgiu da necessidade de se falar abertamente sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de trocar e adquirir informações sobre o assunto. A ação preventiva tem também como justificativa o diagnóstico da situação de risco da comunidade, que mostra um percentual elevado de pessoas com a doença e com monitoramento insuficiente. Nós iremos trabalhar baseados na Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da

realidade local e das necessidades de sua população. O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local. Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sobre sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma proposta do Ministério da Saúde para implantação e implementação do Sistema Único de Saúde e vem sendo apresentado institucionalmente como alternativa para mudança de modelo assistencial.

É histórico o envolvimento do profissional médico nas ações de mediação, articulação, defesa e ampliação dos interesses da população usuária dos serviços de saúde em ações voltadas à conquista de direitos. No município de Carlos Gomes existe uma subnotificação muito importante das DCNT, porém estas são as principais causas de morbimortalidade depois das infecções respiratórias e diarreicas agudas.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) ($\geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O DM é uma doença do metabolismo da glicose causada pela falta ou má absorção de insulina, hormônio produzido pelo pâncreas e cuja função é quebrar as moléculas de glicose para transformá-las em energia a fim de que seja aproveitada

por todas as células¹. Em relação ao DM, a *Internacional Diabetes Federation* (2012), divulgou a prevalência nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, no Brasil. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2011), mostram que a prevalência de diabetes auto referidas na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011.

Na UBS do Município Carlos Gomes igualmente existe uma subnotificação significativa das DCNT, sendo evidenciada uma alta incidência destas doenças na prática médica diária com uma elevada morbimortalidade, constituindo um importante problema de saúde.

A estrutura física da UBS é adequada para oferecer uma ótima atenção à população. Assim, há a sala de espera, a recepção, farmácia, sala de triagem, sala de vacinas, sala de observação, curativos, dois consultórios médicos, consultório odontológico, e de nutrição, assim como um consultório de psicologia, sala de nebulização, sala de enfermagem, sala de reuniões, local de gerencia, almoxarifado, copa e cozinha, um banheiro adaptado para os usuários com incapacidade física, e banheiros para usuários e para os profissionais. A equipe de saúde está composta por dois médicos, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, auxiliar de farmácia, recepcionista, um odontólogo, auxiliar de odontologia, uma nutricionista, uma psicóloga, um agente administrativo, uma faxineira e seis agentes comunitários de saúde.

A UBS Carlos Gomes é responsável por um território de 535 famílias para um total de 1.602 pessoas, compreendendo a nossa área adstrita e sendo a população alvo atendida pela UBS já que 100% estão cadastradas.

Em nossa UBS Carlos Gomes os indicadores marcados para protocolo de atuação estão abaixo da média nacional, identificando que só temos captados 69% das pessoas com HAS e 31% das pessoas com DM. Mas, a cada semana que transcorre em nossa UBS aparecem novos casos das DCNT graças às pesquisas feitas em pacientes de risco. Ademais, todos nossos funcionários da equipe de saúde têm conhecimento dos riscos de padecer de uma doença crônica não transmissível e o nível alto de morbimortalidade que elas causam todos os anos na população brasileira e mundial. Contudo, estamos fazendo uma projeção de trabalho

¹ Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/diabetes>>. Acesso: 30 Ago. 2015.

encaminhado a captar os usuários que faltam, ofertando uma atenção de qualidade aquelas que a padecem, como diminuir o risco e aprender a conviver com as DCNT quando presentes.

Embora a ESF, como uma estratégia prioritária da atenção básica, tenha em seu processo de trabalho condições para a abordagem integral a saúde as DCNT, em especial a HAS e a DM, por ser esse um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, na prática, observa-se a persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividades físicas, além do tabagismo, álcool. Como melhoria para a unidade e, conseqüentemente, para a população assistida, ressalta-se a aplicação e propagação do uso com isso ampliará compreensão da necessidade de acompanhamento mais efetivo junto aos pacientes pelas equipes de saúde da família, tanto no atendimento na unidade quanto no atendimento domiciliar. Destaca-se ainda a importância das ações de educação em saúde e o seguimento em grupos pelo serviço social da equipe, estratégia esta que demonstra ser efetiva no processo de prevenção e promoção em saúde. O cuidado dos usuários com DCNT é feito pelos profissionais que trabalham na UBS. Neste cuidado começa na recepção, com um ambiente tranquilo e harmonioso, onde o paciente sente-se confiante e encontra a ajuda que precisa. O acompanhamento tem como objetivo o tratamento e controle dos níveis de pressão, assim como diminuir o risco de doenças cardiovasculares, e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Também manter o controle metabólico e evitar infecções secundária na DM. As palestras serão muito importantes tanto na UBS como nas diferentes áreas, nas comunidades, nos diferentes postos de trabalho. Reforçar-se-á que os usuários conheçam a importância de manter o tratamento contínuo, e fazer dieta, controle do tabagismo, diminuir o consumo do álcool, fazer exercícios físicos, entre outras. Tanto na Diabetes Mellitus como na Hipertensão Arterial o trabalho dos agentes comunitárias é muito importante. Nas reuniões com as agentes de saúde é um espaço onde são programadas todas as ações feitas nas comunidades. Nas consultas com o médico será importante o reconhecimento de fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, assim como na avaliação de possíveis lesões, todos os aspectos antes mencionados melhoram a atenção à saúde da população alvo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS de Carlos Gomes, Carlos Gomes, RS, Brasil.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar registros das informações:

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente tendo a intensa colaboração dos Cadernos de Atenção Básica relacionados a HAS e a DM. São característicos protocolos organizados pelo Ministério de Saúde que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a realidade do serviço UBS de Carlos Gomes e, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS.

Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões com o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas enfermidades crônicas não-transmissíveis, que muitas vezes são conjuntas. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais (Anexo "A"), incluindo as Cadernetas de Saúde (Anexo "C"), de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS de Carlos Gomes.

Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato *Microsoft Excel*. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos dados semanalmente, totalizando 12 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS de Carlos Gomes, no Município de Carlos Gomes / RS, Brasil. Participarão da intervenção os 246 usuários hipertensos e 36 diabéticos registrados na área de abrangência.

2.3.1 Ações:

A população da nossa área de abrangência é de 1.602 pessoas. Assim sendo, durante três meses, há a perspectiva de ser suficiente para atualizar o cadastro, e realizar as ações propostas para cada meta.

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

Metas

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

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

Ações: Ampliar cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos em 100%.

Eixo de monitoramento e avaliação.

Monitorar e avaliar aos Hipertensos e/ou Diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da UBS Carlos Gomes.

Para realizar esta ação eu vou a monitorar nas reuniões da equipe que são feitas semanalmente em conjunto com os agentes comunitários o comportamento do cadastramento de igual formas as dificuldades para suas soluções.

Eixo Organização e Gestão do serviço.

Garantir o registro que tem todas as informações necessárias para os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, acolhimento acorde a cobertura de atendimento, material para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Para dar saída a esta ação, a enfermagem solicitará ao centro médico os materiais e instrumentos adequados e suficientes para fazer na unidade a verificação da pressão arterial e teste de glicose a toda a população maior dos 20 anos que procure atendimento com fatores do risco para ter algumas destas doenças. Da mesma maneira se reorganizará a agenda com uma programação de três atendimentos de hipertensos e um de diabético por cada turno de atendimento.

Eixo Engajamento Público.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos, pelo menos, anualmente, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg, orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Realizarem-se uma roda da conversa com a comunidade, conselho local de saúde e toda equipe da unidade para informar a existência do programa, de igual jeito as ações que serão feitas na unidade e na comunidade para o rastreamento da Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial e seus principais fatores do risco.

Eixo Qualificação da prática clínica.

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos e toda equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Para dar saída à esta ação se realizara uma capacitação a todos os agentes comunitários para adequado cadastramento de Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência, e a toda equipe sobre a metodologia adequada para toma da pressão arterial e realização de Hemoglicoteste.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a pacientes com ECNT, a Hipertensos e/ou diabéticos.

Metas

- 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.2Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.3Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.4Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Ação: Melhorar a qualidade de atenção a Hipertensos e Diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação.

Monitorar a realização de exame clínico, laboratoriais com a periodicidade recomendada acorde com o protocolo para atendimento a Hipertensos e diabéticos da mesma forma o acesso aos medicamentos da farmácia Popular /Hiperdia e necessidade de atendimento odontológico.

Para fazer esta ação o clínico geral em conjunto com enfermagem vai a monitorar as filhas espelhos e os prontuários de acompanhamentos dos usuários com Hipertensão e /ou Diabetes que tiveram atendimento na unidade.

Eixo Organização e gestão do serviço.

Organizar a capacitação dos profissionais acordos com os protocolos, estabelecer periodicidade para atualização com a versão atualizada na unidade, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com doenças de hipertensão e diabetes, garantir solicitação, agilidade e sistema de alertas de exames complementares definidos no protocolo, fazer controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos, assim como organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. A esta ação o clínico geral capacitará toda equipe em relação à solicitação de exames, necessidade de atendimento odontológico, sistema de alertas de exames complementares com prioridade de atendimento àqueles com resultados alterados. De igual jeito, demandar ao gestor para garantir as quantidades de exames complementares que serão utilizadas durante a intervenção. As técnicas de enfermagem confeccionarão um registro de necessidade de medicamentos para hipertensos e diabéticos e, semanalmente, avaliarão a cobertura de medicamentos e o estoque na farmácia na unidade que dê a cobertura aos usuários cadastrados com estas doenças.

Eixo 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, necessidade e periodicidade de realização de exames complementares, direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Para dar saída à esta ação se orientara durante o atendimento individual, rodas de conversas com o grupo de hipertensão e diabetes, nas salas de espera que serão feitas na unidade quando os pacientes aguardem por atendimento médico e na comunidade sobre a necessidade de fazer os exames complementares, o direito a acesso a medicamentos da Farmácia e possíveis alternativas para obter este acesso de igual forma sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Eixo Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e /ou diabéticos.

Para desenvolver esta ação se realizara capacitação a todos os membros da equipe sobre protocolo atualizado de Hipertensão e Diabetes sobre como fazer exame clínico, solicitação de exames complementares, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de Hipertensos e/ou Diabéticos ao Programa.

Metas

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

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

Ação: Melhorar a adesão de Hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Eixo monitoramento e avaliação.

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

Para avaliar esta ação mensalmente se revisara a ficha espelho e o registro controle

dos usuários com estas doenças e se realizara um relatório do comportamento dos faltosos e avaliaram-se na reunião da equipe.

Eixo organização e gestão do serviço.

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, reorganizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Nesta ação, após fazer avaliação mensal do registro do comportamento dos usuários e que sejam entregues a cada agente comunitário, aos usuários faltosos por cada micro área, se realizarão planejamentos de visitas domiciliares por aparte de clínico geral e de enfermagem àqueles que têm algum impedimento para receber atendimento na unidade. Também, se realizará o planejamento do retorno e se registrará na ficha espelho e prontuário de acordo com o protocolo em dependência da avaliação do risco cardiovascular.

Eixo Engajamento Público.

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. (Se houver número excessivo de faltoso), esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Para desenvolver esta ação se orientara no atendimento individual, nas rodas de conversa com o grupo de hipertensão e diabetes e com a comunidade, salas de espera que sejam feitas com aqueles usuários que aguardem atendimento médico no dia sobre a importância de assistir as consultas e sua periodicidade.

Eixo Qualificação da prática clínica.

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

Para dar saída à esta ação serão feita uma capacitação aos agentes comunitários sobre o cadastramento e orientação dos usuários com hipertensão e diabetes sobre as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4 Melhorar o registro das Informações

Metas

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

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

Ação: Melhorar o registro das informações.

Eixo Monitoramento e avaliação.

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

Diariamente se realizara o controle por parte do clinico geral e enfermagem da fichas espelho e prontuário do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos que tiveram atendimentos médicos neste dia.

Eixo Organização e gestão do serviço.

Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definirem responsável pelo monitoramento dos registros, organizarem um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Para este eixo, será confeccionada diariamente durante o atendimento médico a ficha espelho do acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Nisto, a enfermagem será a responsável de manter atualizadas as informações do SIAB e preencher a planilha coleta de dados que será utilizada durante a intervenção em curso. Da mesma maneira, o clínico geral será responsável pelo registro de informações que viabilize as situações do alertas durante o atendimento médico dos usuários com Hipertensão e/ou diabetes.

Eixo Engajamento público.

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

Serão orientados em todos os espaços já sejam no atendimento médico individual, salas de espera, rodas das conversas com o grupo de hipertensão e diabetes e toda a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo Qualificação da pratica clínica.

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Realizara-se uma capacitação a toda equipe no preenchimento de todos os registros necessários e adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5 Avaliação de Risco.

Metas

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

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

Ação: Mapear hipertensos e Diabéticos de risco para doenças cardiovascular.

Eixo monitoramento e avaliação.

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

Para avaliar esta ação o clínico geral cada quatro meses realizaram um relatório do comportamento da avaliação do risco cardiovascular aos usuários que tiveram atendimentos neste período e será exposto na reunião da equipe na última semana do mês.

Eixo Organização e gestão do serviço.

Priorizar e organizar a agenda para o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Para dar saída a esta ação, serão planejados nas agendas dos atendimentos por todos os turnos para aqueles usuários com Hipertensão e Diabetes classificados como alto risco de doenças cardiovascular em dependência da frequência do acompanhamento acorde a protocolo.

Eixo Engajamento Público.

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância, acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Para desenvolver esta ação se orientara no atendimento individual, nas rodas de conversa com o grupo de hipertensão e diabetes e com a comunidade, salas de espera que sejam feitas com aqueles usuários que aguardem atendimento médico no dia sobre o à importância, acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Eixo Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e

estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Para dar saída à esta ação o clínico geral capacitara a toda equipe em relação a metodologia para estratificação de risco o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 Promover a saúde de Hipertensos e/ou diabéticos

Metas

- 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.
- 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.
- 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
- 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.
- 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Ação: Promover a saúde de Hipertensos e Diabéticos.

Eixo monitoramento e avaliação.

Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Para monitorar esta ação o clínico geral e enfermagem semanalmente discutiram com toda equipe as ações de promoção propostas no programa para toda a comunidade da mesma maneira se avaliaram as dificuldades e as possíveis soluções.

Eixo Organização e gestão do serviço.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, prática de atividade física, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade de igual jeito a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo. Para vazão a esta ação se criará na

comunidade o grupo de hipertensão e/ou diabetes, se realizarão rodas de conversas em parceria com nutricionista sobre alimentação saudável, com educador físico sobre importância da prática de exercícios físicos e com psicólogo sobre os riscos do tabagismo com o grupo de hipertensão e diabetes. Por enquanto, serão solicitados ao gestor municipal os medicamentos para os usuários que tem estas doenças e pertencem ao grupo e serão feitas caminhadas três vezes por semana com o grupo para promover a prática regular de atividade física.

Eixo Engajamento público.

Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de exercícios físicos, higiene bucal e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Se planejarem rodas das conversas mensal com o grupo de Hipertensão e diabetes ao igual que durante os atendimentos e salas de espera, atendimento individual e para informar sobre a importância da alimentação saudável prática de atividade física regular, existência para abandonar o tabagismo e importância da higiene bucal que deve ter os usuários com destas doenças.

Eixo Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre importância de alimentação saudável, práticas de atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas, higiene bucal e metodologias em educação em saúde. Nesta ação serão convidadas parcerias com educador físico para a capacitação de toda equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologia para educação em saúde. Também, serão realizadas por parte da enfermagem roda da conversa com toda equipe sobre as principais ações da promoção e tratamento para abandonar o tabagismo, da mesma maneira a odontologista da equipe se realizará uma capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores desenvolvidos para a intervenção estão em comum acordo com a Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e também com a planilha de coleta de dados que o nosso curso disponibilizou em parceria com a UFPel e a UNASUS.

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

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínica em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.2.1- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínica em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4.1- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6.1- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.7.1- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão 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 usuários com diabetes.

Indicador 2.8.1- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Objetivo 3 Melhorar a adesão de Hipertensos e/ou Diabéticos ao Programa.

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

Indicador 3.1.1- Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

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

Indicador 3.2.1- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das Informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2.1- Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Objetivo 5 Avaliação de Risco.

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

Indicador 5.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2.1- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Objetivo 6 Promover a saúde de Hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.2.1 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de atenção a pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão e/ou Diabetes do Ministério de Saúde, ano 2013. Utilizaremos as fichas dos hipertensos e diabéticos, embora saibamos que em nosso serviço não se utiliza ainda a ficha espelho. A ficha-espelho a ser utilizada será a que o curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel nos disponibiliza, baseadas nas orientações do Ministério da Saúde. Nesta direção, para o acompanhamento mensal da intervenção, também será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados que relação direta com a ficha-espelho. Assim, realizar-se-á 300 impressões de fichas-espelho individuais, em acordo a Gestão.

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação na primeira reunião da equipe sobre o Protocolo do Manejo da Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus na atenção básica do Ministério de Saúde (2013). Para que toda equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, de igual forma será feita a capacitação com os ACS e toda a equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservados 2 horas da reunião da equipe. Também será estabelecido o papel de cada profissional na intervenção.

O clínico geral exporá o conteúdo aos outros membros da equipe na primeira hora e na segunda será exposto por enfermagem da unidade sobre o manual do cadastro dos usuários com estas doenças. O cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos será realizado pelos agentes comunitários de saúde após a capacitação a partir da primeira semana. Na segunda semana se exporá a temática sobre Orientação nutricional em pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus Esta capacitação ocorrera na própria UBS, a nutricionista em parceira com clinico geral exporá o conteúdo aos membros da equipe. Na terceira semana se exporá a temática sobre Pratica regular de exercícios físicos em

pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esta capacitação ocorrera na própria UBS, o clínico geral em parceria com Educador Físico exporá o conteúdo aos membros da equipe.

Educação em saúde

Na segunda semana com o início das visitas domiciliares pelo os agentes comunitários cada agente comunitário deve incorporar ao grupo de hipertensos e diabéticos um total de dois hipertensos e um diabético por cada micro área. Para isso, deve preencher em uma planilha o consentimento informado dos usuários com estas doenças de participar em nas ações do grupo.

Na primeira semana a enfermeira planificará as temáticas destas doenças (Hipertensão e Diabetes) que sejam expostas na sala de espera, ficará a programação no cartão da recepção (neste caso sejam feitos em duplas) às 8:00 horas da manhã na segunda-feira e na quarta-feira com todos os usuários que estejam aguardando pelo atendimento médico. Ao terminar esta palestra se entregará uma folha onde será assinada a participação dos usuários.

Na quarta semana do cada mês, nas quintas-feiras, treze horas da tarde, serão feitas no Salão do Clube da área urbana e no Centro de Tradições Gaúchas (CTG) do bairro Ruiz Barbosa, as rodas de conversa com a participação dos membros do grupo criado da hipertensão e diabetes com as diferentes temáticas: Primeira semana se exporá a temática sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Principais Fatores do risco e sua prevenção de igual forma a importância de fazer tratamento e assistir as consultas planejadas, principais sintomas e suas complicações, efeitos do tabagismo em usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Estas temáticas a serem feitas pelo Clínico Geral e Enfermeira na sala do CTG do Bairro Belorizonte, com participação de toda equipe, grupo de hipertensos e diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do Conselho Local de Saúde e agentes comunitários.

No segundo e terceiro mês, na segunda semana, se exporá a temática sobre Importância da alimentação saudável dos usuários com estas doenças. Esta temática será feita pela nutricionista na sala de espera da Igreja da cidade com a participação de toda a equipe, grupo de hipertensos e diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do Conselho Local de Saúde e agentes comunitários.

No segundo mês na primeira semana se exporá à temática: Aspectos psicológicos da Hipertensão Arterial e Diabetes, principais terapias de apoio. Estas temáticas serão feitas por a Psicologista do CAPS na sala de CTG da comunidade Ruiz Barbosa com a participação de toda a equipe, grupo de hipertensos e diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do Conselho Local de Saúde e agentes comunitários.

No terceiro mês, na segunda semana, se exporá a temática: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e prática de atividade física regular. Estas temáticas serão feitas por professor da Educação física da escola municipal na Academia, com a participação de todos os membros da equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do Conselho Local de Saúde e agentes comunitários.

No terceiro mês, na terceira semana, se exporá a temática: Hipertensão Arterial e Diabetes - Direitos dos usuários em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, importância da prática regular de exercícios físicos e Higiene bucal. Estas temáticas serão feitas por a Enfermeira e o clínico geral no Salão do Clube Carlos Gomes com participação de toda equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do Conselho Local de Saúde e agentes comunitários.

Sobre organização do serviço.

Começaremos a fazer a pesquisa ativa a partir do acolhimento que será feito por todos os membros da equipe em todos os turnos de atendimento precisando aqueles usuários que procurem a unidade se tem fatores do risco associados destas doenças, uma vez que são acolhidos serão feitos a toma da pressão arterial e Hemoglicoteste por enfermagem e técnicas de enfermagem na sala de procedimentos com as técnicas de toma da pressão arterial adequada mesmo assim com os critérios que deve cumprir o usuário, se os resultados fossem positivos de diagnostico tendo em conta os critérios exposto pôr o Ministério de Saúde destas doenças se procedera ao atendimento com clínico geral para avaliação.

Para dar cobertura a este programa a recepcionista vai a garantir o agendamento de seis atendimentos de Hipertensos e dois Diabéticos por cada turno de atendimento com prioridade para os usuários classificados com risco

cardiovascular e os faltosos mediante uma agenda que ficara na recepção e serão registrados os pacientes no dia e turno que corresponda.

Semanalmente a técnica de enfermagem que fique na Farmácia na entrega de medicamentos realizara o relatório da cobertura dos Medicamentos para o tratamento destas doenças (Hipertensão e Diabetes Mellitus) de igual forma os medicamentos alternativos fitos terapêuticos, o mesmo serão avaliado por clinico geral e a enfermeira para solicitação a assistência farmacêutica os medicamentos que estiveram em baixa cobertura o em falta para garantir a prescrição de medicamentos destes usuários.

Monitoramento das ações

Todas as quartas-feiras na reunião de equipe cada agente comunitário exporá a situação de sua micro-área em relação com o comportamento do cadastramento dos usuários que tem estas doenças e serão incorporados estes usuários ao registro específico de controle de esta doença de igual forma será agendado e cada agente comunitário informara a cada usuário quando deve vir à consulta acorde ao agendamento.

Mensalmente, na última reunião da equipe do mês, o clínico geral realizará o relatório do comportamento das principais ações da intervenção, comportamento da cobertura, número de faltosos, número de hipertensos e diabéticos que não tem exames complementares em dia acordo a protocolo, quantidade de hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular e as estratégias de acompanhamento em cada uma das situações. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha de coleta de dados e o monitoramento da intervenção será feito pelo médico a cada semana.

Sobre reorganização do registro específico

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro do registro, identificando todos os usuários com Hipertensão e Diabetes que vieram ao serviço para atendimento médico nos últimos três meses. A profissional localizara os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis nos prontuários para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames complementares em dia acordo a protocolo, classificação do risco

cardiovascular, prescrição de medicamentos disponíveis na farmácia, orientação nutricional sobre alimentação saudável, pratica regular de exercícios físicos, risco do tabagismo e higiene bucal.

A partir do primeiro dia da implementação da intervenção o clínico geral terá na consulta o registro controle dos usuários que chegam a receber atendimento médico por estas doenças (Hipertensão e Diabetes). Durante este primeiro atendimento se realizará o exame clínico geral, classificação do risco cardiovascular, indicação de exames complementares em acordo com o protocolo, prescrição dos medicamentos, orientações sobre alimentação saudável, pratica regular de exercícios, importância da higiene bucal, importância do cuidado de sua saúde e assistir as consultas planejadas de controle, entre u outros. Estas informações serão preenchidas no prontuário e na ficha espelho do paciente, uma vez que termine o atendimento serão agendados para avaliação de resultado dos exames.

Diariamente, a enfermagem vai preencher no SIAB o sistema de informações relacionado com o número de atendimento dos usuários com Hipertensão e Diabetes na nossa unidade da mesma maneira serão preenchidas as informações na planilha coleta de dados que foi fornecida pelo curso.

Sobre o engajamento público.

Para sensibilizar a comunidade pensamos em desenvolver ações estratégicas nas reuniões de lideranças, nas participações dos grupos de diabéticos e hipertensos e entre outros grupos operativos e terapêuticos, assim como identificar outros recursos da comunidade que visam a expor a situação da intervenção que iremos desenvolver. Faremos contato com as associações de moradores e com os representantes das igrejas da nossa área de abrangência; assim como com os clubes de mães das comunidades do interior para apresentar o projeto, esclarecendo a importância da realização do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos para um melhor controle de suas doenças. Estas atividades de contato com as lideranças comunitárias deverão ser feitas segundo o cronograma na primeira, quinta e nona semanas.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção que visou qualificar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS de Carlos Gomes, Carlos Gomes / RS, Brasil, aconteceu entre os meses Fevereiro e Junho do ano de 2015. A intervenção teve início no dia 2 de fevereiro e término no dia 18 de junho de 2015, compreendendo as orientações do curso para o desenvolvimento em dezesseis semanas de intervenção. Neste tempo, houve períodos de férias no Programa Mais Médicos entre os dias 21/02/2015 e 01/04.2015. A equipe de saúde não manteve os atendimentos e as ações da intervenção durante estas semanas de férias. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas. No entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8, já que houve a realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil. As metas estabelecidas no projeto também previam a realização da intervenção em 16 semanas.

3.1 As ações previstas da intervenção que foram desenvolvidas:

Todas as ações previstas para o projeto foram desenvolvidas adequadamente conforme ao Cronograma da nossa intervenção.

1 - Ampliar a cobertura aos Hipertensos e/ou aos Diabéticos. O número de usuários hipertensos e diabéticos foi cadastrado e monitorado conforme ao projeto. Organização e gestão do serviço, à equipe toda participou do registro. Melhorou o acolhimento para os usuários envolvidos na intervenção. Foi garantido o material

necessário para as tomadas da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste. Os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade, de forma geral, foram engajados para o conhecimento do programa da atenção 'a Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Na parte de qualificação da prática clínica, os agentes comunitários de saúde foram capacitados para o cadastramento de hipertensos e diabéticos.

2 - Melhorar a qualidade da atenção a pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Nesta ação foi monitorado o exame clínico apropriado, assim como os exames complementares de acordo com o protocolo. Também o acesso dos usuários aos medicamentos da farmácia Popular. Organização e gestão de saúde, cada membro da equipe tem definidas as suas atribuições no exame clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos. O nosso gestor de saúde garantiu a cota mínima para a realização dos exames complementares. O engajamento público foi realizado nos grupos de hipertensos e diabéticos assim como nas atividades e contato com a liderança comunitária para orientar aos usuários e a comunidade quanto a realização dos exames complementares e sua periodicidade. Os usuários foram orientados também ao direito de terem acesso aos medicamentos da farmácia Popular. A equipe toda foi capacitada para a realização de exame clínico e seguir o protocolo adotado pela UBS.

3 - Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa. Nesta ação foi monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, (consultas em dia). Organização e gestão do serviço; foram organizadas visitas **domiciliares** para buscar aos usuários faltosos. À comunidade recebeu informação sobre a importância da realização das consultas e sua periodicidade, desta forma foi realizado o engajamento da comunidade e do público alvo da intervenção. Os agentes comunitários de saúde foram capacitados adequadamente para orientar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto á realizar as consultas com a periodicidade estabelecida.

4 - Melhorar o registro das informações. Realizou-se o monitoramento e avaliação dos registros os quais foram feitos com a qualidade requerida. Foi garantida a informação do SIAB é atualizada. A equipe de saúde foi capacitada para realizar o preenchimento correto dos registros.

5 - Avaliação de risco. O monitoramento e avaliação do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da

estratificação do risco por ano, e foi priorizado o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

6 - Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos. Em todas as ações foi realizado o monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e a qualificação da prática clínica. Assim, todas as ações foram cumpridas integralmente.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Como já referi anteriormente, todas as ações previstas foram desenvolvidas adequadamente e também integralmente. Além disso, conseguimos realizar tudo conforme o cronograma. Neste processo, tivemos algumas dificuldades, como, por exemplo, ao princípio da intervenção houve usuários que se queixaram pela demora dos atendimentos. Mas, os profissionais da equipe foram explicando para eles sobre a importância dos atendimentos para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, também a população foi informada sobre a intervenção. Além disso, às vezes, tivemos dificuldades com o transporte para a realização das visitas, mas foi resolvido no momento e conseguimos fazer tudo o que estava planejado. Tivemos a oportunidade de poder contar com o apoio do nosso gestor de saúde em tudo quanto precisamos na intervenção.

Durante a intervenção conseguimos continuar com a atenção aos outros grupos populacionais, assim como cumprir integralmente com todas as ações previstas para o desenvolvimento da mesma.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Foi realizada a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção adequadamente. O fechamento das planilhas de coletas de dados comportou-se de forma adequada, assim como o cálculo dos indicadores conforme aos dados coletados por cada mês. Não houve dificuldades para a coleta e sistematização de dados.

3.4 Análise da incorporação das ações à rotina do serviço

As ações previstas no projeto da intervenção foram inseridas totalmente na rotina do serviço. A intervenção já foi concluída para o Curso, mas as ações continuam sendo executadas para melhorar a atenção a todos os grupos populacionais, seguindo o exemplo desta intervenção. A equipe de saúde continua trabalhando unida para manter tudo quanto foi alcançado. Mesmo com a finalização do curso, o trabalho deve ser continuado.

4 Avaliação da intervenção

A avaliação da intervenção se caracteriza como um elemento norteador e construído na Unidade 4 do Curso e contribuiu para desenvolver verificações e análises envolvendo aspectos pertinentes da Atenção Básica contextualizada na intervenção e os enfrentamentos oportunizados durante a execução das atividades nas doze semanas de intervenção, considerando as especificidades da Turma 8 e do acompanhamento do Programa Mais Médicos para o Brasil.

4.1 Resultados

A nossa intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Carlos Gomes, Município Carlos Gomes, RS. Assim sendo, a população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais (22,7% da população) era de 244 e a cadastrada foi de 246. Já, a população de usuários diabéticos, em estimativa deveria ser 5,6% da população (60 usuários e/ou usuárias) e foram cadastrados 36 ao término dos três meses da intervenção, que corresponde ao total dos usuários diabéticos na nossa área de abrangência.

O objetivo específico de ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos teve como metas ampliar a cobertura de atenção a 100% de hipertensos e 100% de diabéticos. Assim, com o indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, conforme a Figura 1, obteve-se no primeiro mês da intervenção 41,9% (103), no segundo mês 77,2% (190), e no terceiro mês 100% (246). Independente que o indicador cobertura de atenção foi acrescentando, se observou que foi possível atingir 100 % deste indicador.

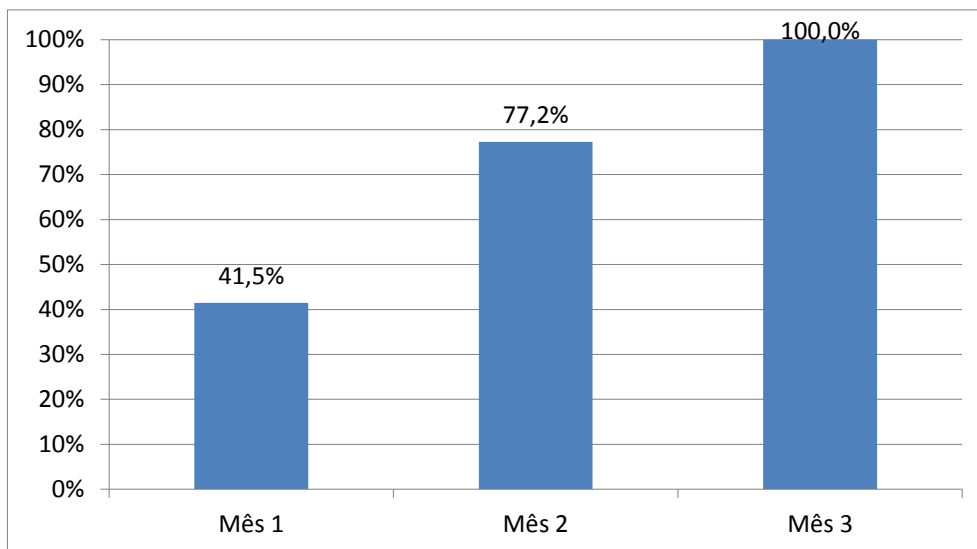


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Carlos Gomes, município Carlos Gomes, RS.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Tendo o indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético, conforme a Figura 2, no primeiro mês desenvolveu-se 44,4% (16), no segundo mês 63,9% (23), e no terceiro mês 100% (36). Este resultado evidencia que a intervenção conseguiu ter uma cobertura de um 100% de usuários diabéticos propostos na meta.

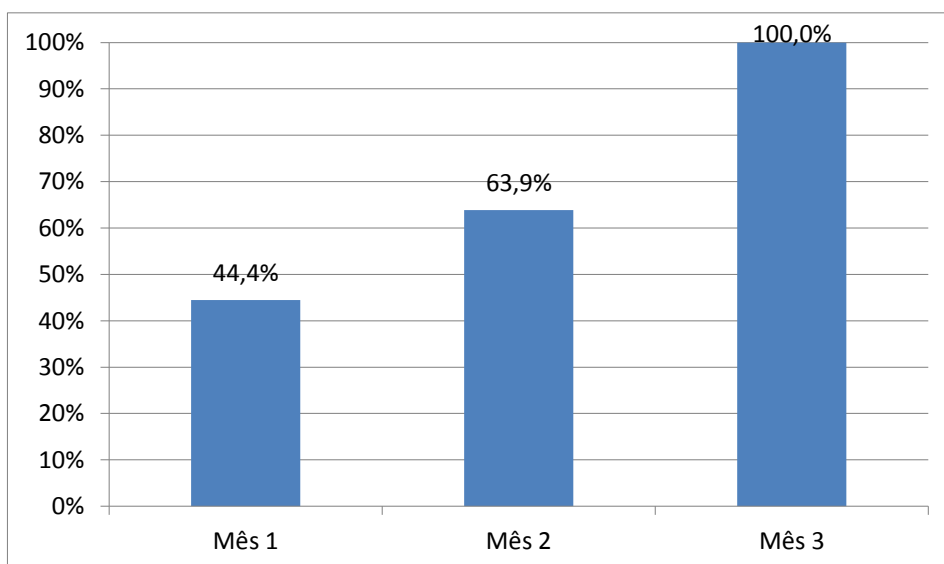


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS Carlos Gomes, município Carlos Gomes, RS.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Os resultados do objetivo específico conhecido como Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos são apresentados como forma de desenvolver o começo da interface dos indicadores de qualidade da intervenção. Assim, destaca-se que nas metas relativas ao objetivo de qualidade elas foram estipuladas em 100%.

O indicador Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, conforme ilustra a Figura 3, no primeiro mês obteve-se 100% (102), no segundo mês também foi atingido o 100% com 190, assim como **no terceiro mês** com 246. Nesta meta conseguimos atingir ao 100%.

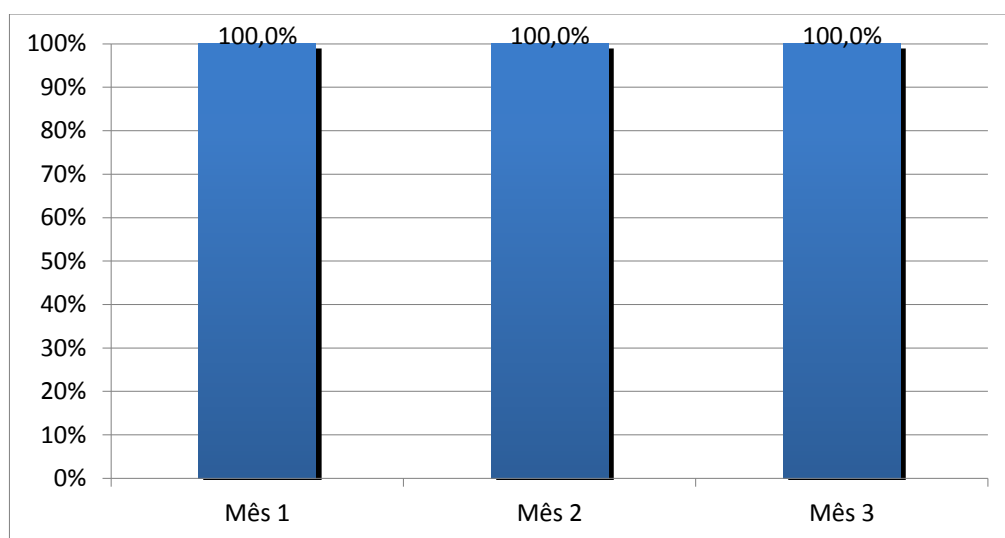


Figura 3 – Proporção de Hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Dentro do foco da meta anterior, ao se pretender realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, tendo como Indicador a Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, observou-se, em acordo com a Figura 4, que nos três meses ficou em 100%, com 16, 23 e 36 usuários, respectivamente. O exame clínico nestes usuários é muito importante, devendo se fazer com todos os usuários com objetivo de procurar complicações da doença.

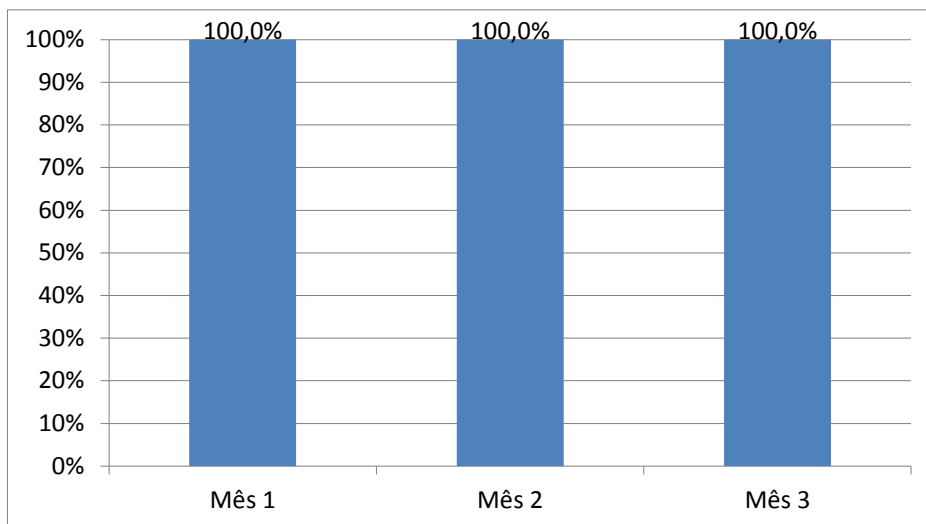


Figura 4 – Proporção de Diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Na meta de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tendo como indicador apresentado na Figura 5 referente à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês obteve-se 92,2% (95), no segundo mês 96,3% (183), e no terceiro mês 97,2% (239). No caso deste indicador foi possível garantir os exames para todos os usuários hipertensos, mas não foi possível atingir 100% nesta meta já que alguns usuários trabalham fora do nosso município e não conseguiram se realizar os exames complementares os quais foram indicados nos atendimentos.

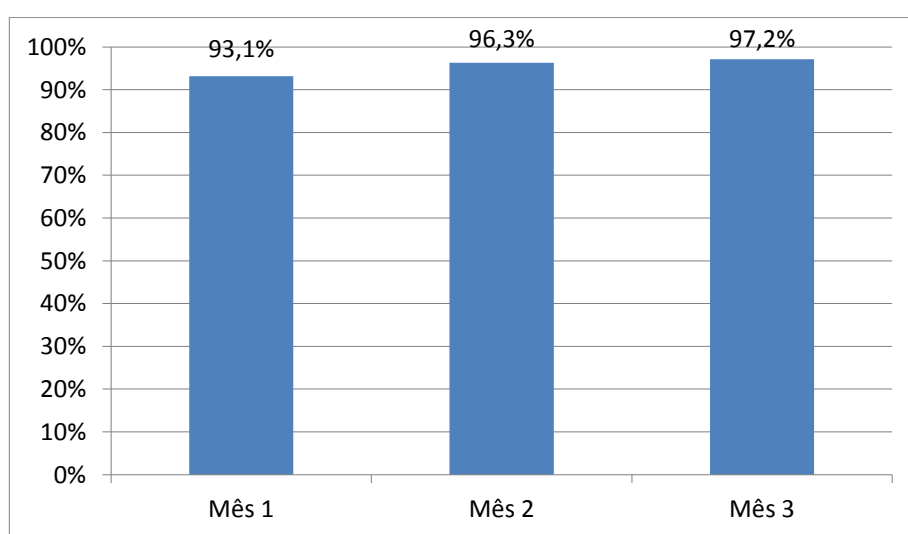


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Quanto à meta que visa garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, como mostra a Figura 6, observou-se, no primeiro mês obteve-se 93,8% (15), no segundo mês 95,7% (22), e no terceiro mês (3) 97,2% (35). Nesta meta também não foi possível atingir a 100% dos diabéticos com exames complementares em dia, já que temos muitos pacientes jovens que trabalham fora do nosso município, mas os exames foram indicados na consulta.

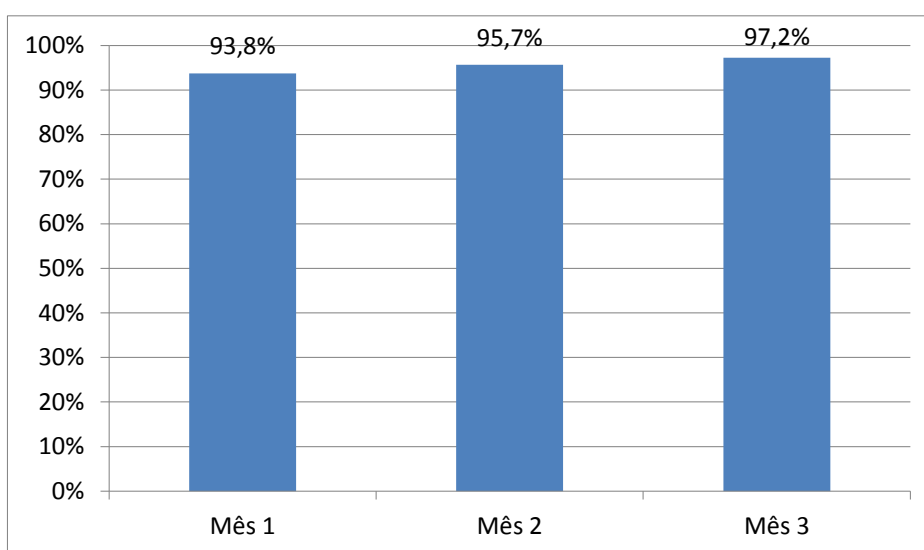


Figura 6 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Nas metas que visam priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, como se mostra nas Figuras 7, percebeu-se que nos usuários hipertensos, no primeiro mês obteve-se 84,3% (86), no segundo mês 72,5% (137), e no terceiro mês (3) 76,3% (187), de prescrições priorizadas. Esta meta teve um comportamento regular, já que vários dos usuários usam medicamentos que não são fornecidos pela rede de saúde e muitos deles além de ter registro na UBS, fazem acompanhamento em consultórios particulares, e já tinham tratamento com medicamentos que não estão dentro do estoque da farmácia popular.

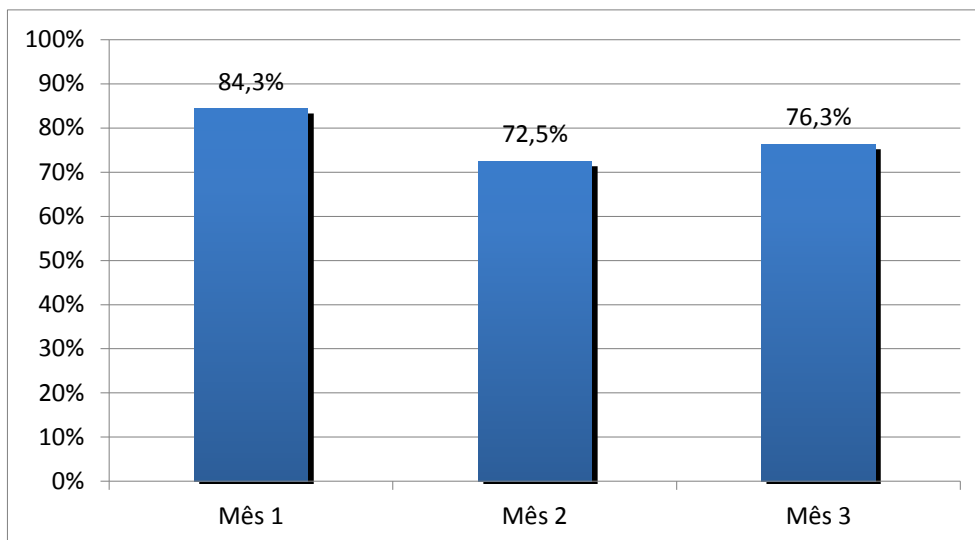


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Nas metas que visam priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde, como se mostra nas Figuras 8, percebeu-se que nos usuários diabéticos, no primeiro mês obteve-se 62,5% (10), no segundo mês 56,2% (13), e no terceiro mês 63,9% (23). Sendo que foi considerada uma amplitude um pouco baixa já que um número considerável de usuários tem prescrição de medicamentos que não são fornecidos pela rede de saúde. Nesta meta cabe destacar que temos muitos usuários que tem cadastro adequado na UBS mas também tem acompanhamento por consultórios particulares. Más necessitará de revisão junto a equipe e a gestão local.

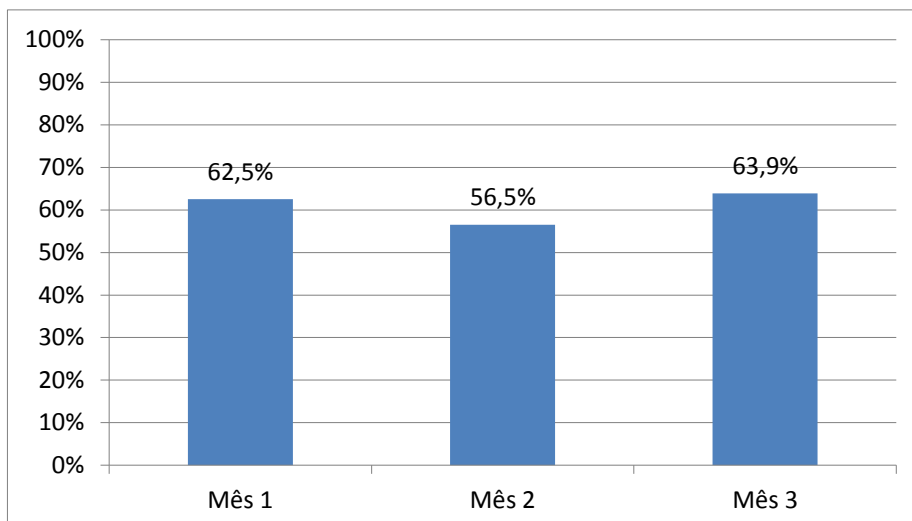


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Na meta que dispõe a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, sendo o indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, conforme a Figura 9, no primeiro mês desenvolveu-se 88,3% (91), no segundo mês 94,2% (179), e no terceiro mês 95,5% (235). Este indicador foi desenvolvido de forma favorável. Este momento permitiu orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

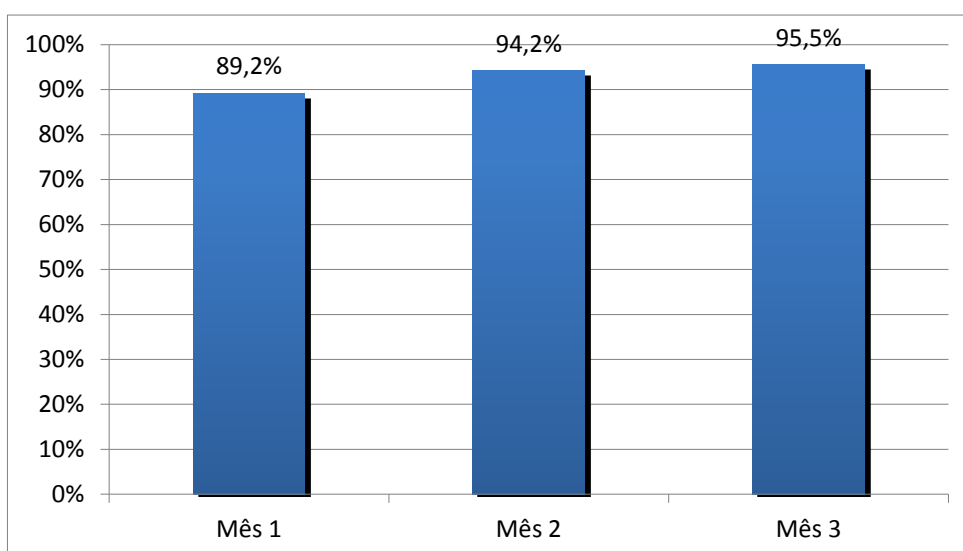


Figura 9 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A meta que preconiza realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a proporção de

diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, consolidou-se no primeiro mês 16 usuários, no segundo mês 23 usuários e no terceiro mês 36, perfazendo 100% nos três meses de intervenção. Isto nos permitiu monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos mesmos.

Dentro do objetivo específico de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, as metas visam buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Assim sendo, o indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, observou-se, como se apresenta na Figura 10, no primeiro mês 75% (3), no segundo mês 75% (3), e no terceiro mês 75% (3).

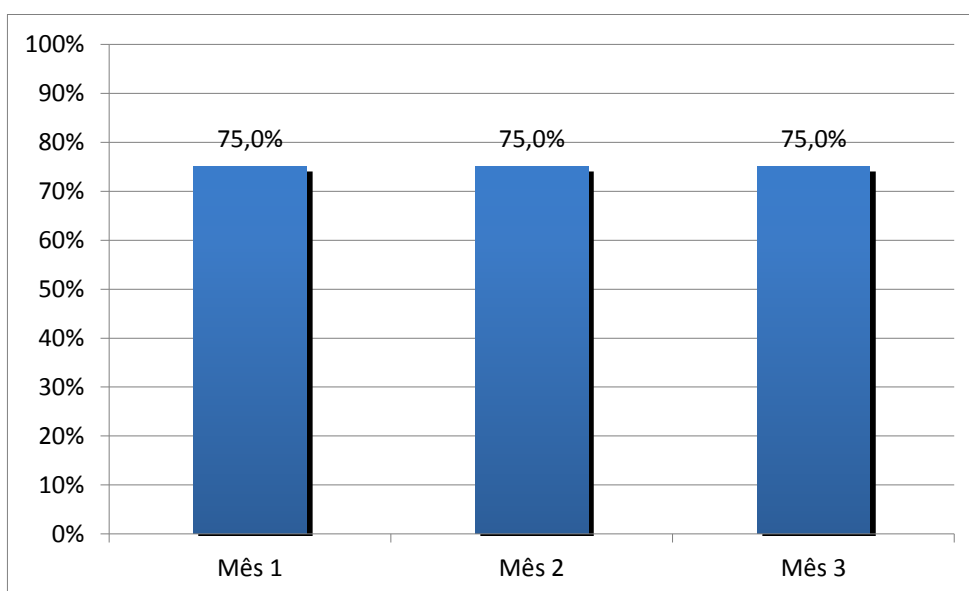


Figura 10 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Quanto aos diabéticos, no trajeto da intervenção não houve usuários faltosos às consultas e/ou que necessitaram receber busca ativa. Embora não tenha havido a necessidade de realizar a busca ativa em diabéticos, considera-se que a Equipe está treinada para realizar esta ação.

O objetivo específico 4 que tem por objetivo melhorar registros das informações as metas relativas ao objetivo dos registros são 100%. Então, a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na

unidade de saúde, teve um acompanhamento adequado, à meta, como mostra a Figura 11, na proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi conseguida atingir 100%, indicador que melhora a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

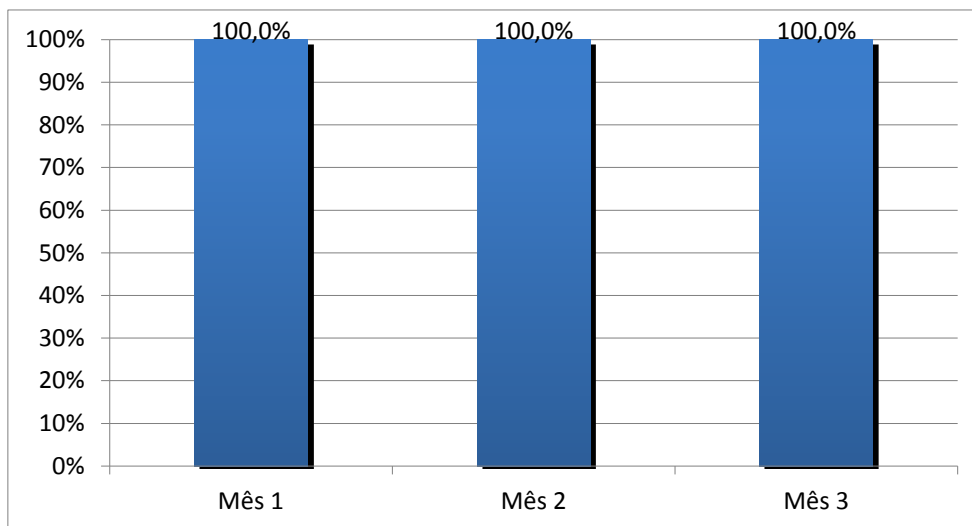


Figura 11 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Na meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo como indicador a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, conseguiu-se, no primeiro mês 16 usuários, no segundo mês 23 usuários e no terceiro mês 36 usuários, considerando-se 100% dos registros nos três meses da intervenção. Este também foi considerado um indicador que melhora a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

O objetivo de mapeamento de hipertensos em risco para doença cardiovascular teve as metas relativas à avaliação de risco em 100%. Com a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador referente à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, desenvolveu-se, como destaca a Figura 12, no primeiro mês 85,4% (88), no segundo mês 92,6% (176), e no terceiro mês 94,3% (232). O número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permite priorizar o atendimento dos cidadãos avaliados como de alto risco cardiovascular.

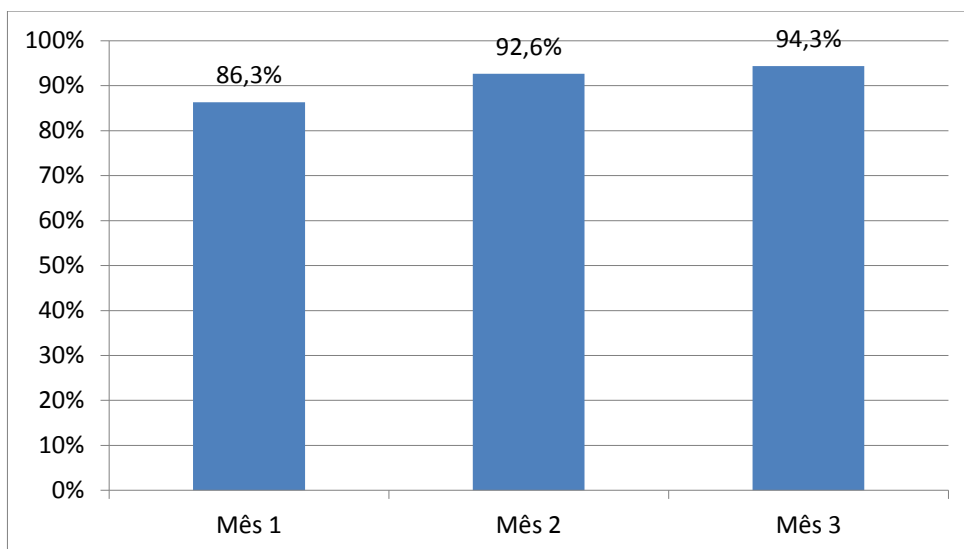


Figura 12 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Na meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, obteve-se, conforme ilustra a Figura 13, no primeiro mês 93,8% (15), no segundo mês 95,7% (22), e no terceiro mês 97,2% (35). O número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permite também priorizar o atendimento das pessoas avaliadas como de alto risco cardiovascular e esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

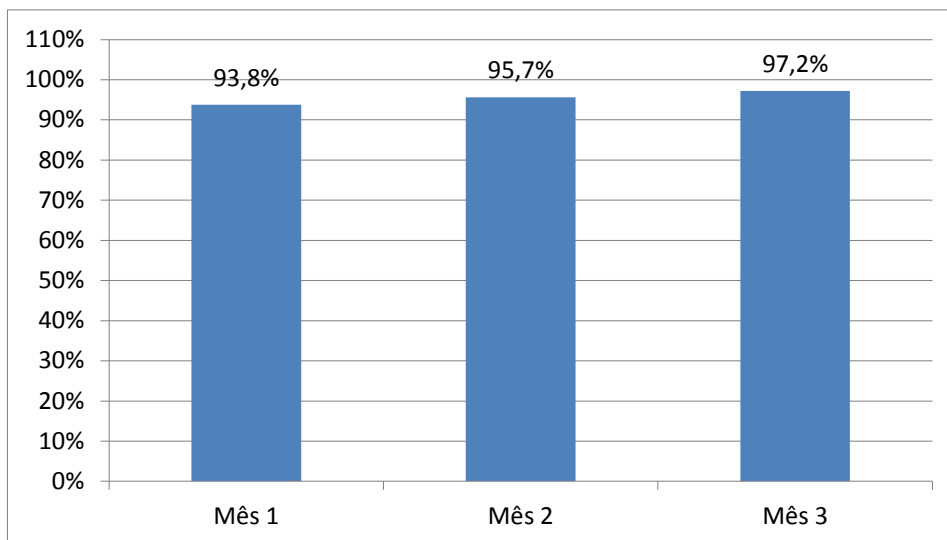


Figura 13 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

No objetivo específico que preconiza promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas foram desenvolvidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Na ação em orientação nutricional sobre alimentação saudável o indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, obteve-se no primeiro mês 99,0% (102), no segundo mês 100% (190), e no terceiro mês 100% (246). Este indicador ficou bem na meta proposta, atingindo 100%, e permitindo orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, conseguiu-se no primeiro mês 100% (16), no segundo mês 100% (23), e no terceiro mês 100% (36).

Nas ações em orientação sobre a prática de atividade física regular; orientação sobre o riscos do tabagismo; e orientação sobre higiene bucal, ficou em 100% dos pacientes hipertensos.

Quanto as ações de promoção em saúde dos diabéticos 100% dos usuários receberam orientação sobre a prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo; assim como orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Com a intervenção no programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossa UBS Carlos Gomes, conseguimos atingir a cobertura de hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Foram cadastrados todos os usuários com estas doenças, com a busca ativa de indivíduos faltosos às consultas e pesquisa ativa na comunidade. Ademais, melhorou a qualidade de atenção aos cidadãos cadastrados, realizando-se exame clínico completo e realizando os exames complementares. Nisto, percebe-se que temos maior número de usuários que usam medicamentos que não são fornecidos pela rede de saúde (farmácia popular), o que necessitará de revisão junto à Equipe e à Gestão local. Foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram, as fichas de atendimento aos hipertensos e diabéticos foram preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular e acompanhamentos segundo seu estado de saúde. Também, foram feitas atividades de educação em saúde com o fim de promover saúde dos usuários com orientação sobre nutrição adequada, a prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Dos objetivos propostos em nosso trabalho, conseguimos fomentar hábitos e estilos de vidas saudáveis, incorporação da prática de exercício físico sistemático de indivíduos hipertensos e diabéticos, diminuir em alguns e em outros eliminar os fatores de risco associados a essas doenças crônicas não transmissíveis, como hábitos de fumar e usar bebida alcoólica.

Acrescentar a adesão dos mesmos ao programa de hipertensão e diabetes com as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações, e incorporamos a família em todas as comunidades de forma a qualificar a sistematização da intervenção no contexto local.

A importância da intervenção para a equipe de saúde foi que aumentou mais ainda seus conhecimentos nas doenças de hipertensão e diabetes, doenças muito comuns na comunidade. Também, conseguimos organizar melhor o trabalho de forma geral. Cada profissional sabe quais são suas atribuições no trabalho, segundo o Ministério de Saúde e o que tem que fazer cada um deles para o cadastramento dos usuários, seguimento, acompanhamento, tratar a doença e suas complicações.

Além disto, saber quando estão controlados e quando não, inclusive saber se tem ou não uma doença cardiovascular e/ou pé diabético. Com isto, permitiram interagir mais com a comunidade, as famílias, o indivíduo doente e oferecer uma melhor educação em saúde, promover saúde para todos. Conhecer as preocupações, as necessidades, mas sentidas da população nessas doenças e outras originadas pelas complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, e doenças cerebrais, entre outras, e em geral melhorou a integração de toda a equipe no atendimento destes pacientes da área da abrangência da UBS, foi um passo de avanço e um melhor trabalho em conjunto, com a Secretaria Municipal de Saúde e outros gestores da comunidade.

Conseguimos uma integração do trabalho de toda a equipe durante a intervenção, importante para o serviço no atendimento destes cidadãos com o SUS. Neste sentido, melhorou a organização já que foram agendados os atendimentos dos usuários porque eles tinham por costume chegar e receber os medicamentos na farmácia da UBS. E, com o agendamento, eles sabem quando tem que retornar, pois tem que vir às consultas de acompanhamento, destacando a importância de assistir sempre as mesmas para um melhor controle da doença e monitoramento regular da situação de saúde.

A comunidade de forma geral não tem muito conhecimento ainda sobre a intervenção na percepção que tivemos no andamento do processo de implementação. De certa maneira, aqueles familiares dos usuários hipertensos e diabéticos que foram visitados pelos problemas de acessibilidade nas comunidades tiveram mais sensibilização com a intervenção. O que foi importante é que a liderança da comunidade tem conhecimento da intervenção.

A intervenção não fez com que existissem problemas durante o atendimento dos usuários na UBS no momento das consultas porque foram agendadas de forma organizada, distribuídas nos dois turnos de trabalho da UBS e tendo presente os horários de maior afluência de demanda espontânea.

No caso que fosse realizar a intervenção neste momento faria diferente após de ter realizado reuniões com a equipe e os gestores. Em reflexão, pensamos que fosse importante se tivesse feito uma reunião com toda a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS, assim para que todos soubessem sobre a intervenção e poderíamos contar com ajuda deles, tentando aproximar mais usuários 'a as atividades da intervenção e do próprio Serviço de saúde.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção na rotina do serviço devo dizer que o programa já estava sendo feito na UBS só que com poucos usuários. Agora foi aumentado o número de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS, depois de ter feito o resumo do trabalho e os 100% dos usuários hipertensos e diabéticos foram atendidos na UBS.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço será continuar o acompanhamento dos 100% da cobertura dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, integrando novos usuários nesta sistemática. Ademais, incorporar toda a comunidade no programa de acompanhamento de hipertensão e diabetes, realização de palestras e atividades com o grupo operativo, assim como criar outros grupos, como, por exemplo, de adolescentes, de idosos, de gestantes, entre outros, com a finalidade de integrar mais aos diferentes programas na prevenção e promoção em saúde.

5 Relatório da intervenção para os Gestores.

Prezados Gestores:

Na nossa Unidade Básica de Saúde Carlos Gomes do município de Carlos Gomes, foi desenvolvido um projeto de intervenção em Atenção Básica a população-alvo de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM).

Nosso objetivo principal foi melhorar o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. Para a realização deste trabalho foram utilizados os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica número 37 de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus, número 36 ambos publicados no ano de 2013. A atividade de intervenção foi realizada no período do mês Fevereiro ao mês de Junho do ano 2015, nesse período a intervenção foi interrompida durante o mês de Março, por motivo das férias, e recomeça no mês de Abril. A intervenção foi realizada em conjunto com a comunidade e dirigida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade de Saúde foi melhorada e monitorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção, na organização e gestão do serviço e todas as ações foram desenvolvidas e cumpridas adequadamente, conforme o cronograma. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos, assim como foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe da

semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde, cadastrando a estimativa de usuários; logrando atingir 100% dos usuários com mais de 20 anos de idade que sofrem destas doenças.

Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiram se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões da equipe feitas cada semana.

Também, foram realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos cadastros de usuários hipertensos e diabéticos e sobre os dados da intervenção em geral.

No projeto de intervenção, traçamos objetivos, metas, ações e indicadores para avaliação da cobertura de usuários hipertensos e diabéticos. As ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido.

Durante a intervenção foi atingida a cobertura de 100% do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na UBS. Os hipertensos cadastrados foram 246 (100%) e usuários diabéticos foram 36 (100%).

A intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde, obtendo os seguintes resultados:

Todos os pacientes atendidos hipertensos e diabéticos tem ficha de acompanhamento a qual serve para continuar o acompanhamento dos mesmos durante longo tempo.

Foi garantida a realização dos exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos, tais como hemograma, glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicosilada, ureia, creatinina, ácido úrico, colesterol e triglicerídeos.

Dos 246 pacientes hipertensos atendidos na intervenção, 187 tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, representando 76,3%, dos 36 usuários diabético, 23 pacientes usam os medicamentos da Farmácia Popular, representando um 63,9%. Foi garantido o atendimento odontológico na UBS aos usuários que precisaram realizar atendimento com o dentista.

Na busca ativa dos usuários faltosos, a consulta atendimento na UBS foi concluída na intervenção com sete (75,0 %) usuários hipertensos, da área de abrangência faltosos as consultas.

Nos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi realizada a estratificação do risco cardiovascular e foram classificados em baixo, moderado ou alto risco. E, aqueles

que tinham mais risco, tiveram maior número de consultas planejadas e acompanhamento com especialista.

Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos em usuários hipertensos e/ou diabéticos, garantida as atividades de orientação nutricional de alimentação saudável, assim como importância sobre realização de atividades físicas, os danos do tabagismo, e de ter uma saúde bucal adequada.

Resumindo, com a intervenção no Programa de diabetes mellitus e hipertensão arterial em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na UBS, o cadastramento foi possível através da busca ativa de pessoas faltosas às consultas e pesquisa ativa na comunidade. A intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção aos usuários cadastrados por meio da realização de exames clínicos completos, realização de exames complementares. Conseguimos aumentar a adesão deles ao programa com todas as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações. A intervenção propiciou à Equipe de saúde aumentar seus conhecimentos sobre estas doenças, organizar melhor o trabalho com os usuários que sofrem das doenças. As atribuições de cada profissional ficaram melhores estabelecidas, sendo que cada profissional sabia quais são suas atribuições segundo os protocolos do Ministério de Saúde com relação ao cadastramento, acompanhamento, tratamento e suas complicações. A Equipe sabe identificar quando estão controlados e quando não e se tem ou não uma doença cardiovascular ou quadro do pé diabético.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo doente e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, etc.

E, de forma geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários, a equipe realizou o trabalho de forma unida.

Agradeço ao nosso gestor municipal da saúde pela sua preocupação e colaboração com o nosso trabalho, já que ele garantiu tudo quanto precisamos para o desenvolvimento da intervenção, a impressão dos documentos e outros materiais, assegurando transporte para trasladar-nos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica e, também, foi garantida a realização de exames

complementares importantes para avaliação dos usuários. Como o apoio da Gestão foi possível propiciar atendimentos especializados com cardiologistas, endocrinologistas, entre outros. Coloco-me a sua disposição para qualquer esclarecimento sobre a intervenção realizada, e espero sempre contar com seu apoio para futuros planejamentos e intervenções na unidade de saúde.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Carlos Gomes, Carlos Gomes/RS.

6 Relatório da intervenção para a comunidade.

Prezados líderes da Comunidade do Município Carlos Gomes.

A equipe de saúde da UBS Carlos Gomes, município Carlos Gomes, realizou recentemente um trabalho de intervenção no período do mês de Fevereiro até o mês de Junho do ano 2015, em conjunto com os principais gestores da comunidade e dirigida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência da UBS.

Para a realização da intervenção, foi feito um cronograma de atividades para melhorar a situação de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, atividades como educação em saúde, importância de realizar exercícios físicos, necessidade de assistir às consultas na UBS para acompanhamento destas doenças, importância de assistir ao dentista para manter uma saúde bucal adequada, incluindo todos os danos provocados pelo tabagismo.

Nosso objetivo foi ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, para melhorar a saúde dos usuários com estas doenças atendidos na UBS. Para isto, foi necessário fazer busca ativa deles, sabendo que esta doença como a hipertensão arterial, por vezes, cursa de forma assintomática e o usuário pode estar apresentando cifras de pressão arterial elevadas sem perceber.

No final da intervenção foram cadastrados 246 usuários hipertensos, para um 100% da população-alvo. Lembrando que tínhamos proposto alcançar 100% o qual foi atingido. Os usuários diabéticos cadastrados foram 36 para 100% da população com 20 anos ou mais da nossa área de abrangência.

Eles e seus familiares receberam educação em saúde sobre a hipertensão arterial e diabetes. Aqueles pacientes que não conseguiam chegar até o Serviço de saúde foram atendidos nas residências com consultas agendadas pelo ACS, como,

por exemplo, os idosos acamados entre outros que tinham dificuldades para se deslocar até a Unidade de Saúde. Todos receberam atendimento clínico adequado, foram avaliadas as necessidades de atendimento odontológico. Todos tiveram direito a realização de exames complementares pelo SUS, garantido pelo Secretário de Saúde do Município. Os medicamentos que são utilizados nestas doenças foram oferecidos na Unidade de Saúde e outros, com prescrição médica, foram comprados na Farmácia Popular do Município na mesma cidade.

Foram preenchidos e completados os dados nas fichas individuais de cada um dos pacientes nas consultas da UBS e receberam acompanhamento segundo os protocolos do Ministério de Saúde.

Foi realizada avaliação de risco cardiovascular e, no caso daqueles com maior risco de doenças cardiovasculares ou já com a doença, tiveram atendimento e seguimento com maior número de consultas e visitas domiciliares, assim como também foram encaminhados para avaliação cada uma com sua especialidade.

Foi garantida a orientação nutricional dos usuários nas consultas e outras atividades de educação em saúde, assim como atendimento com a nutricionista da Unidade de Saúde. Também, foi garantida a orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, sobre o tabagismo e sobre higiene bucal.

A comunidade, de forma geral, ainda não tem muito conhecimento sobre a intervenção, mas a intervenção tem enfoque para os familiares dos usuários também e os próprios cidadãos usuários, o que poderia ser melhorado. A intervenção não gerou problemas para os demais pacientes, pois foram atendidos fundamentalmente no horário da tarde, no qual tem menor fluxo de demanda espontânea e outros no horário da manhã com consulta de agendamento. Embora a intervenção não tenha sido divulgada nas comunidades, os principais líderes da comunidade tiveram conhecimento dela.

Por enquanto, estão garantidas todas as condições para continuar trabalhando no Programa de hipertensão arterial e diabetes na Unidade de Saúde, assim como na atenção de outros grupos populacionais. Para isto, temos que continuar incorporando ações educativas para a comunidade toda, realizando um maior número de palestras, com a finalidade de integrar aos diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

Coloco-me a sua disposição para esclarecimentos sobre a intervenção realizada, e solicito contar com seu apoio para futuros planejamentos e intervenções na unidade de saúde.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Carlos Gomes, Carlos Gomes/RS.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.

Ao princípio do curso, eu me sentia com dúvidas de poder realizar este curso com as características de modalidade a distância, além de trabalhar em um país com costumes diferentes e com outro idioma, e com uma equipe com seu jeito de trabalho, mas eu fui muito bem acolhido pela equipe e por todos os profissionais da unidade de saúde. Considero que esse curso tem sido para mim um dos maiores desafios na minha vida como profissional, e uma experiência inesquecível.

O curso da especialização constitui uma experiência muito importante para o desenvolvimento e reorganização do processo do trabalho na unidade básica de saúde Carlos Gomes. Assim, foram cumpridas minhas expectativas expostas ao início do curso referente ao projeto pedagógico do curso e a guia do especializando. Nosso projeto de Intervenção desenvolvido na comunidade teve uma duração de 3 meses onde foram trabalhados os quatro eixos: organização e gestão de serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica como explicam o material do estudo, além do objetivo geral da qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da nossa UBS.

Durante o desenvolvimento do curso foram utilizadas as ferramentas fornecidas pelo curso, os protocolos do Ministério de Saúde de 2013 em relação ao manejo dos usuários com doenças crônicas de Hipertensão e Diabetes, além de 8 horas semanais para as trocas e experiências com nossos colegas e professores, os debates a través dos fóruns de saúde coletiva bem como as sugestões da tutora a través de DOE que foi de muito apoio para melhorar a qualidade das tarefas e aumentar o nível de conhecimento sobre outras doenças e situações cotidianas que enfrentamos em nosso serviço mediante o estudo dos casos clínicos interativos.

Considero que foi muito importante aumentar meu nível de conhecimento na realização de programas de intervenção nos problemas de saúde da comunidade, fazer ações de promoção e prevenção de saúde mais intencionadas.

Este projeto demonstrou a importância do trabalho multifatorial, já que pela gestão dos gestores municipais foram garantidos todos os documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção, assegurando transporte para trasladar-nos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica e, também, garantiram a realização de exames complementares importantes para avaliação dos usuários, além de que tem que continuar trabalhando em garantir as avaliações de forma mais rápida com outros especialistas naqueles usuários classificados de alto risco.

Por meio da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo doente e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças, assim como modificar os estilos de vida com os fatores de riscos que podem trazer complicações destas doenças.

Observo que uns dos elementos mais importantes foram que temos agora na unidade um programa com atendimento organizado, com ampla cobertura de usuários cadastrados com doenças de Hipertensão e Diabetes, qualidade de atenção, adequado registro das informações além das ações de promoção e prevenção de saúde planejadas.

O curso ajuda para realizar trabalho em equipe mais integrado e multifatorial com a participação ativa de todos os integrantes e o apoio do conselho local de saúde, os gestores municipais e toda a comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, n. 95, Supl.1, p.1-51, 2010.

Apêndices

Apêndice A – Registros de imagens da intervenção

Reunião com a equipe de Saúde



Palestra aos usuários Hipertensos e Diabéticos



Visita domiciliar à usuária



Consulta à usuária no Programa de monitoramento a hipertensos e diabéticos



Anexos

Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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.


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecido 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.
