

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS
Brasil Novo, Macapá/AM**

Enrique Capote Lao

Pelotas, 2015

Enrique Capote Lao

**Melhoria na atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS
Brasil Novo, Macapá/AM.**

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

Orientador: Lucimar da Silva Moura
Co-orientadora: Louriele Soares Wachs

Pelotas, 2015

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

O0000m O, Enrique Capote la

Melhoria na Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na UBS Brasil Novo, Macapá/AP / Enrique Capote la O; Lucimar da Silva Moura, orientador(a); Louriele Soares Wachs, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 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. Moura, Lucimar da Silva, orient. II. Wachs, Louriele Soares, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente a minha mãe que não fica fisicamente presente, mais espiritualmente é sempre minha inspiração. A minha mulher, pela contribuição, porque sem sua ajuda não fora possível este trabalho no Brasil. Dedico o trabalho a meus filhos que são o motivo de meus esforços. Aos governos de Cuba e Brasil pela ideia deste programa. O nosso irmão povo Brasileiro, principalmente a população mais carente pelo agradecimento por nosso trabalho, que é a maior recompensa que pode receber o médico.

Agradecimentos

Meus agradecimentos ao Ministério da Saúde no Brasil pela oportunidade de participar em o programa humanitário Mais Médicos para Brasil. Desejo agradecer aos gestores da secretária da prefeitura municipal de saúde de Macapá e do Estado Amapá pelo acolhimento e pela ajuda solidaria em diferentes momentos do curso de especialização em saúde da família. Aos gestores de minha UBS Brasil Novo. Especialmente a nossa equipe de saúde da família 0.31 e a toda a comunidade do Bairro Brasil Novo porque sem sua participação não fora possível a realização deste projeto. Muito Obrigado a Universidade Federal de Pelotas pela seriedade, organização, profissional- idade e solidariedade na realização deste curso. Meus mais sinceros e eternos agradecimentos para uma pessoa muito especial para mim, a orientadora do curso, a professora Lucimar Da Silva Moura Thomasini, pela paciência, compreensão, ajuda e profissionalismo, porque sem sua imprescindível colaboração não seria possível este trabalho.

Resumo

LAO ENRIQUE CAPOTE. **Melhoria na atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Brasil Novo, Macapá/AM.** 2015. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015

Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão arterial (HAS) são duas doenças crônicas muito frequentes em todo mundo, são as principais causas de incapacidades já que afetam diferentes órgãos e sistemas, por isso é muito importante fazer controle de ambas doenças, elas têm um alto índice de morbimortalidade, podem causar incapacidades motoras e visuais. A atenção primária através do programa de Saúde da Família caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. Nosso projeto é resultado de um diagnóstico e foi realizado pela equipe 0.31 da UBS Brasil Novo do município Macapá, do estado Amapá. A intervenção foi desenvolvida no período de quatro meses, teve a participação de uma equipe de saúde da família, equipe de NASF e a comunidade. O Objetivo foi melhorar a atenção integral dos usuários hipertensos e diabéticos, ampliar a cobertura da atenção e a qualidade das ações. Para o alcance desses objetivos desenvolvemos ações em quatro eixos pedagógicos: Organização e Gestão do serviço, Qualificação da prática clínica, Melhoria nos registros e Fortalecimento do Engajamento Público. Ao finalizar as 16 semanas da intervenção aumentamos a cobertura de atenção à saúde de hipertensos de 2,6% (24 usuários) para 56,6% (508 usuários) e a cobertura de atenção aos diabéticos foi de 7,1% no primeiro mês para 65,3%. Melhoramos a qualidade dos serviços oferecidos, conseguimos maior participação da comunidade, aumentamos as atividades de promoção da saúde, capacitamos os profissionais e melhoramos a qualidade dos registros, consequentemente o serviço ficou mais organizado, refletindo na satisfação da população.

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

Lista de Figuras

Figura 1: Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014	44
Figura 2: Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.	44
Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.....	45
Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.	47
Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.	47
Figura 6: Gráfico da proporção de usuários hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.....	48
Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.	49
Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.	49
Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.	51
Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.	52
Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.....	53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
IMC	Índice de massa corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Planilha de objetivos, metas, indicadores e ações
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCU	Exame preventivo do câncer de colo de útero.
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS:	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas.....	18
2.2.1 Objetivo geral.....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas	18
2.3 Metodologia.....	20
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores.....	26
2.3.3 Logística.....	32
2.3.4 Cronograma	35
3 Relatório da Intervenção.....	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	41
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	42
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	42
4 Avaliação da intervenção.....	43
4.1 Resultados	43
4.2 Discussão.....	56
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	57
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	59
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	61
Referências	63
Apêndices.....	64
Anexos	67

Apresentação

Este trabalho é exigência parcial do curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS. O volume está estruturado em cinco capítulos: O relatório da análise situacional da equipe de saúde da família 0.31 da UBS Brasil Novo do município Macapá do estado Amapá, onde realizamos o diagnóstico das ações programáticas, estrutura da unidade e composição da equipe. No segundo capítulo apresentamos a análise estratégica que está estruturada no projeto de intervenção. No terceiro capítulo apresentamos o relatório da intervenção. Em seguida no quarto capítulo apresentamos os resultados, discussão, relatório para gestor e comunidade. No capítulo cinco é composto pela reflexão crítica do especializando frente a sua experiência no curso e na intervenção. O Volume de do TCC fica organizado para que possa-se ler de maneira rápida e organizada e as pessoas conheçam de nossa contribuição e participação junto a equipe de saúde da família, a equipe de NASF e a comunidade para o combate destas doenças crônicas não transmissíveis que são causas de alta morbimortalidade.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS:

Eu trabalho em um Posto médico anexo da UBS, em bairro Brasil Novo, na periferia da cidade de Macapá, estado Amapá, meu ESF é 0.31, fazemos nós consultas e visitas domiciliares e ações de saúde, em casas de usuários, nas ruas, igrejas. Fazemos consultas às crianças, gestantes, puérperas, riscos reprodutivos, HIPERDIA, idosos, e demanda espontânea. Todas as semanas fazemos reunião da equipe e entrega da produção. Ainda os agentes comunitários ficam em ré cadastramento, temos cadastrada uma população de mais de 6000 pessoas. Eu acho que depois do recadastramento, deve se ampliar a atenção com mais pessoas para equipe porque não é adequado para tamanho da área.

Nossa equipe é composta por um profissional médico, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Nossa equipe não tem dentista, técnico em higiene bucal e também não temos coleta de exames. Temos todos os recursos mínimos para trabalhar, mas na UBS não temos todos os medicamentos sempre. O sistema de saúde do município funciona organizado por modelo tradicional e modelo da estratégia. Todos os meses as equipes mostram seu planejamento, recadastramento, produção da equipe, resultados e mudanças em os principais programas de saúde em prevenção, promoção e controles de riscos, assistência e atendimento aos usuários com doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis. Nossa equipe fica muito mais motivada por ter resolubilidade em a solução dos problemas de saúde da comunidade de nossa área adstrita.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município brasileiro, capital e maior cidade do estado do Amapá. Têm aproximadamente 440.000 habitantes, fica às margens do rio Amazonas e por ele passa a linha do Equador que divide a mundo em dois hemisférios.

Macapá, atualmente, conta com 59 bairros oficiais e cerca de seis conjuntos habitacionais a cidade fica dividida em duas zonas, Norte e Sul. O sistema de saúde de município funciona organizado por modelo tradicional e modelo da estratégia saúde da família e ficam 20 unidades de saúde, 82 equipes de saúde 14 equipes rurais e 68 urbanas, além disso, tem oito equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atualmente tem uma cobertura de saúde de um 55% aproximadamente, tem um hospital geral, um hospital materno, um hospital as crianças, um hospital para atendimento a população indígena, um centro de doenças tropicais, quatro centros para exames médicos, quatro centros de pronto-atendimentos, conta com os serviços do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além de outras unidades de saúde privados.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que mostre um impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida

Eu trabalho numa UBS, no bairro Brasil Novo da periferia da cidade de Macapá, estado Amapá, meu ESF e 0.31. A população fica perto onde eu trabalho que é um anexo da minha UBS. Fazemos Visitas domiciliares e ações de educação em saúde nas casas dos usuários, nas ruas, igrejas. Fazemos consultas de crianças, gestantes, puérperas, riscos reprodutivos, Hipertensão, idosos e demanda espontânea,

todas as semanas fazemos reunião da equipe e entrega da produção semanal e mensal. Ainda os agentes comunitários ficam em recadastramento e temos cadastrada uma população de mais de 6000 pessoas.

Os profissionais que trabalham em nossa unidade são três médicos clínicos geral, dois médicos especialistas em medicina geral integral, um médico pediatra, um médico ginecologista, especialista em ultrassonografia, cinco enfermeiros, 17 agentes comunitários de saúde, um farmacêutico, duas técnicas de microbiologias, duas na higienização, três seguranças, uma secretaria, um diretor, uma recepcionista. Três equipes saúde da família, uma equipe do NASF (Psicologista, Nutricionista, Foniatra, Fisioterapia, Enfermeira Assistente Social).

Nossa unidade não dispõe de um profissional odontólogo, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene bucal, motorista. Nossa equipe 0.31 é composta por um profissional médico, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Em nossa UBS não temos serviço de saúde bucal ,muito importante para toda a população .A equipe organiza as pessoas que precisam atendimento e estabelecemos prioridades e em parceria com outras UBS que tem o serviço no município e mais perto de nosso Barrio e fazemos o encaminhamento dos usuários para as mesmas e são visitados por nossos ACS e Técnicos de enfermagem para conhecer os atendimentos feitos ,mais ainda temos que melhorar a organização das consultas e lograr os retornos por a importância que tem para a saúde .

A estrutura física onde nossa unidade está instalada é a seguinte: recepção, sala para arquivo, salão geral, três banheiros, uma área de serviço, uma secretaria, uma sala para direção, uma sala para curativos, uma sala para injeções e nebulizações, uma sala para triagem, sala de vacinação, uma sala para coleta de malária, uma sala para farmácia e quatro consultórios para atendimento clinico. Ficamos carentes das seguintes instalações: Sala para esterilização, coleta de exames, consultório Odontológico, banco de urgências, sala de internamento transitório, sala para reuniões. Temos os recursos para fazer consultas e visitas domiciliares. A UBS não tem telefone e serviço de internet.

Temos um consultório para duas equipes e melhoramos as condições para atenção, fizemos sala situacional, mural de educação em saúde, brinquedos para crianças e fazemos todos os prontuários por micro área por ACS.

A principal dificuldade de nossa equipe, é qualidade dos registros e dos cadastramentos e não conseguimos citar os valores certos dos indicadores das ações programáticas na saúde ,mais nossa equipe de conjunto agora ficamos mais organizados e ficara interessante trabalhar para obter indicadores de cobertura ,além disso trabalhar para melhorar a qualidade das ações programáticas para proporcionar um analises mais detalhada sobre cada programa e estabelecer um antes e um depois de nossa chegada e nossa intervenção para melhorar os registros ,os indicadores e qualidade na atenção integral a nossa população

A Política Nacional de Atenção Básica tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A portaria 2488 dos 21 de outubro de 2011 aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Esta portaria define a organização de redes de atenção à saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, define as responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, secretarias estaduais, distrito federal, e secretarias municipais de saúde, além disso, fala sobre como deveria ser a infraestrutura e funcionamento da atenção básica necessárias para realização das ações de atenção básica, nos municípios e distrito federal. Esta portaria estabelece como deveria ser o processo de educação permanente das equipes da atenção básica, do processo do trabalho das equipes da atenção básica e das atribuições dos membros das equipes da atenção básica. (Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs)

Em nossa equipe de saúde da família todos os profissionais participam em nossa área de atuação na identificação dos riscos, ainda fazemos um recadastramento das famílias e dos indivíduos para obter todos os dados sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos. Devemos melhorar a capacitação aos ACS e ler suas atribuições específicas e comuns a todos os profissionais da equipe para melhorar resultados de trabalho, indicadores de saúde, acolhimento dos usuários e uma maior satisfação da população. Em nosso trabalho diário temos muitos usuários que chegam a unidade por demanda espontânea. Os cadernos de Atenção Básica de Acolhimento a demanda espontânea são muitos importantes para fazer um atendimento de qualidade. Além disso, o fluxograma para organização do trabalho das equipes de atenção primária necessários para fazer um

bom atendimento da demanda espontânea, não fica na UBS. O questionário de atenção de demanda espontânea e a leitura do documento MS, 2011 foi de muita ajuda para melhorar a forma como a equipe organiza o excesso de demanda espontânea. Além disso, é importante que a UBS conte com apoio da comunidade por meio dos conselhos locais.

O acolhimento em nossa UBS fica muito mais organizado com a realização da primeira escuta dos usuários para avaliar as necessidades de cuidados imediatos e assim identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas, prestar ou facilitar os primeiros cuidados, classificar o risco para definir as prioridades de cuidado, organizar os pacientes em nosso serviço.

No município que estou lotado já ocorreu a diminuição da demanda espontânea em hospitais e unidades de pronto atendimento e melhorou a organização dos atendimentos nas unidades básicas de saúde.

O Ministério da Saúde no Brasil organizou uma grande estratégia para qualificar as Redes de Atenção Materno infantil em todo o país com o objetivo de baixar as taxas, de mortalidade materna e infantil no Brasil. A Rede Cegonha, funciona no cuidado a gravidez, ao parto/nascimento e a atenção integral a saúde da criança em especial no período neonatal.

Em nossa equipe temos 26 crianças menores de 1 ano, 207 menores de 5 anos, 604 de 5-14 anos, fazemos atenção às crianças e adolescentes por consultas de puericulturas agendadas quarta-feira e visitas domiciliar, além disso de maneira espontânea realizamos atendimentos diariamente as crianças doentes, também realizamos capacitações para os profissionais da equipe, as principais dificuldades que temos são as relacionadas com as crianças e mães faltosas as consultas.

Para melhorar a atenção pré-natal foi realizado um levantamento das gestantes com a idade gestacional, os principais riscos e a data provável do parto, neste momento, temos 26 grávidas, 3 puérperas e 2 recém-nascidos, todas as gestantes são acompanhadas na consulta de atenção pré-natal e temos uma boa cobertura, os principais problemas são as gestantes se esquecem da consulta e a falta do laboratório clínico para fazer os exames e a falta de dentista para a atenção odontológica. As gestantes fazem teste rápido de HIV e VDRL de maneira estável e as gestantes alto risco são encaminhadas para essa consulta na maternidade Mãe Lucia. As visitas domiciliares são realizadas por todos os membros,

No Brasil recomenda-se o rastreamento de câncer de mama bianual por meio de mamografia para mulheres entre 50-74 anos, antes dos 50 anos deve ser uma decisão individualizada. O câncer de mama, quando é identificado em estágios iniciais apresenta melhor prognóstico e a cura pode chegar a 100% e assim reduzir as mortes por câncer de mama. O principal método para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau também conhecido como PCCU ou exame citopatológico do colo do útero, disponibilizado para as mulheres, prioritariamente aquelas, da faixa etária de 25-59 anos, definida como a população-alvo, onde as lesões pré-malignas tem maior ocorrência, após o 60 deve ser individualizado e após os 65 anos deve-se suspender o rastreamento se os últimos exames estiverem normais. Os resultado do exame Papanicolau e as condutas estão descritas na nomenclatura brasileira para laudos cervicais. A rotina preconizada no rastreamento brasileiro é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exame normais consecutivos, no intervalo de um ano.

Em nossa UBS temos três equipes de saúde da família, onde fazemos rastreamentos para câncer do colo do útero e câncer de mama. Diariamente as enfermeiras fazem PCCU, os Agentes Comunitários de Saúde ficam trabalhando em recadastramento e fazer um registro de mulheres entre 25 e 60 anos com PCCU e seus resultados e das mulheres entre 50 até 69 anos para melhor controle dos exames clínicos das mamas e os resultados e as datas das mamografias, temos 2038 mulheres em idade fértil e 831mulheres de 25-64 anos. Ainda temos que melhorar que as mulheres façam PCCU e exame das Mamas na data certa e que os resultados fiquem de retorno de maneira rápida para nossa UBS.

A Diabetes Mellitus é uma das principais causas de mortalidade por insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2013). A hipertensão arterial sistêmica é um importante problema de saúde no pública no Brasil e no mundo e fica como fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica, é responsável das mortes por acidentes vascular cerebral e doença arterial coronaria e de pessoas submetidos á diálise.

A atenção a saúde dos portadores de hipertensão e diabetes é reliazada através de atendimentos sistemáticos. Atualmente temos em nosso cadastro 175 usuários hipertensos e 67 usuários diabéticos. Mais estes dados devem melhorar por as dificuldades com a qualidade dos registros, uma das principais dificuldades que

encontramos desde nossa chegada a nossa unidade de saúde, também hipertensos e diabéticos com dificuldades em o controle das doenças foi também motivo da escolha do foco. Todas as semanas fazemos a reunião de equipe e discutimos assuntos pertinentes a estas patologias e as principais dificuldades se relaciona com a falta de medicamentos, pois nem sempre temos na farmácia, além disso, temos uma cobertura baixa e muitos hipertensos e diabéticos ficam cadastrados, porém não fazem o acompanhamento regular com as consultas, outros usuários não fazem o tratamento e têm pouco conhecimentos das doenças. Nossa equipe faz visita domiciliar e encaminhamos aos pacientes para nutricionista, psicologista da equipe do NASF.

As consultas são disponibilizadas todos os dias, de maneira espontânea ou consulta agendada. Temos dificuldades para fazer os exames porque não temos laboratório clínico e muitas pessoas tem fatores de riscos de apresentar as doenças e não conhecem como modificar o estilo de vida para evitar as mesmas ou suas complicações .

Estima-se para o ano 2050 que fiquem cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo. No Brasil, estima-se que existam atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2013). A função das políticas de saúde é contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Na UBS Brasil Novo o programa de atenção a saúde do idoso esta organizada para todas as equipes da unidade, porém nem todas as equipes realizam as estratégias que o programa estabelece, bem como os registros que não são realizados. Nossa equipe tem 234 idosos, o recadastramento é realizado continuamente pelos agentes comunitários de saúde e as consultas são realizadas diariamente na demanda espontânea e consultas agendadas. Também desenvolvemos atividades de educação em saúde com grupos de idosos e analisamos os registros destes usuários em conjunto.

Toda equipe 0.31 do Barrio Brasil Novo, foca seu trabalho na solução dos problemas de saúde da comunidade, melhorando a satisfação da população. Devemos continuar trabalhando em consultas, visitas domiciliares e atividades de promoção de saúde, para melhorar a organização na demanda espontânea, atenção as crianças, as grávidas, as mulheres, os idosos, portadores de doenças crônicas,

além de continuar trabalhando na promoção da saúde e prevenção das doenças com uma visão epidemiológica.

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

Durante a leitura do texto inicial e comparar com a escrita do relatório acima, percebi que após a realização da Unidade 1 – Análise Estratégica da Especialização em Saúde da Família, fiquei com mais conhecimentos do processo de trabalho da UBS e da situação de saúde da comunidade adstrita no serviço, fizemos a detecção das coisas positivas e os aspetos que devem ser melhorados. Ainda não temos dentista e técnico de saúde bucal o que afeta muito a nossa população e não temos laboratório clínico o que dificulta muito a qualidade da atenção porque não todos os usuários têm a possibilidade econômica para fazer os exames laboratoriais.

Com o Relatório Final da Análise Situacional, temos muitas coisas nas que devemos trabalhar para melhorar a UBS de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, na estrutura física e os atendimentos individuais e coletivos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão arterial (HAS) são doenças crônicas muito frequentes em todo mundo, são as principais causas de incapacidades já que afetam diferentes órgãos e sistemas, por isso é muito importante fazer controle de ambas doenças, elas têm um alto índice de morbidade, pode causar incapacidades motoras e visuais, e mortalidade, é muito importante o controle na comunidade de usuários hipertensos e diabéticos pela equipe de saúde. A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica 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 segundo a Organização Mundial da Saúde, 2003, é estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6% em 2000, para a 6ª posição, 11,3% em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população brasileira estão associados a este incremento. (BRASIL, 2013)

O sistema de saúde do município funciona organizado por UBS e ESF e ficam 20 unidades de saúde, 82 equipes de saúde 14 equipes rurais e 68 urbanos A UBS Brasil Novo, localiza-se na zona norte urbana da periferia da cidade. Nossa equipe trabalha num anexo da UBS que fica distante da UBS e dentro da comunidade onde realizamos atendimento. A estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais na área de atuação da equipe é de 913 usuários e para os diabéticos essa estimativa corresponde a 225 usuários. A atual cobertura da atenção aos diabéticos é de 19% (43) e dos hipertensos é 21%. (191). Aspecto que nos motivou a realizar este projeto. Além disso, a adesão dos atendidos também não é satisfatória, na avaliação dos mesmos, em consulta, iremos melhorar a qualidade nas mesmas, com a realização da avaliação do risco cardiovascular, solicitação dos exames complementares e utilização dos medicamentos da farmácia popular da UBS e a farmácia popular de

referência do município porque temos muitos usuários que abandonam os tratamentos porque não tem os remédios e ficam também com falta de informação. Não existe laboratório na UBS para realizar os exames e não todos os usuários tem recursos financeiros para pagar os exames. As ações educativas que já são realizadas e as palestras realizadas na UBS, nas visitas domiciliares e nas próprias consultas com cada usuário, devem continuar melhorando em quantidade e qualidade para melhorar os conhecimentos dos usuários hipertensos e diabéticos em orientações nutricionais, pratica de exercícios físicos. Com a realização deste foco de intervenção temos o objetivo de oferecer uma melhor atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Brasil Novo.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este é um projeto de intervenção que será real e será desenvolvido na UBS Brasil Novo em um período de quatro meses de setembro 2014 até janeiro 2015 sendo preciso para desenvolver o projeto contar com a participação das equipes de saúde e o apoio da gestão municipal da secretaria de saúde.

As ações previstas são para cadastrar ao 60% dos hipertensos da área de abrangência e cadastrar 80% dos diabéticos além de melhorar a qualidade da atenção a saúde ao 100% dos usuários. A equipe vai a realizar rastreamento em consulta e nas visitas domiciliares, mediante verificação da pressão arterial e controle de glicemia da população com fatores de riscos. Recadastrando dos hipertensos e diabéticos em cada área de abrangência, atualizando todos os dados necessários, tarefa já orientada aos ACS, Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem e Médicos, com monitoramento mensal. Identificação em pastas independentes dos pacientes diabéticos e hipertensos por cada equipe e agentes comunitários. Revisar quinzenalmente os pacientes faltosos a consultas, e realizar busca ativa destes. Realizar exame físico e avaliação de risco cardiovascular a cada paciente em consulta. Agendar as consultas com equipe de odontologia de forma programada. Planejar semanalmente atividades educativas de promoção de saúde na UBS, dando prioridade aos temas sobre alimentação correta e pratica de exercícios físicos e realizar capacitação e atualização a equipe de saúde sobre o tema de hipertensão arterial e diabetes.

Utilizaremos como instrumentos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. A ficha espelho será utilizada para o controle das ações realizada individualmente para o controle da DM e HAS, anotando todas as informações necessárias, além de constante monitoramento das informações contidas. A planilha de coleta de dados será utilizada para a coleta sistemática dos

dados de todos os usuários participantes do projeto no período da intervenção. Ao final de cada semana, se fará a consolidação dos dados de todas as pacientes, monitorando cada item do projeto.

Para auxílio na obtenção das informações necessárias utilizará o prontuário da família/paciente. Além de informações coletadas pelos ACS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para o alcance dos objetivos propostos, seguidamente detalhamos as ações, segundo cada um deles, objetivos e eixos pedagógicos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos

No eixo de monitoramento e avaliação:

Realizaremos o monitoramento do cadastro de hipertensos e diabéticos semanalmente, nas reuniões da equipe. Os profissionais responsáveis serão os mesmos que realizem o acolhimento sob a coordenação do diretor da UBS e do médico, orientando semanalmente.

No eixo da Organização e gestão do serviço

Realizaremos a busca ativa dos usuários nas comunidades, nas consultas realizadas, assim como nas visitas domiciliares, garantindo, além disso, esfigmomanômetro, estetoscópios e glicosímetro. Verificaremos a pressão arterial a todo usuário maior de 18 anos que comparece a UBS, por qualquer causa. Garantiremos o registro dos hipertensos, e diabéticos cadastrados no Programa, responsabilizando para ele a técnica enfermagem da equipe. O material impresso necessário será garantido pela gestão do diretor da unidade. Realizaremos hemoglicoteste na unidade de saúde aos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Responsáveis serão os ACS, ou os profissionais da UBS nas VD sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

No eixo Engajamento público:

Informarmos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, utilizando para isso a rádio local e os carros de sons da comunidade, além de outros espaços públicos. Estas ações de engajamento público

será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

No eixo da Qualificação da prática clínica:

Capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitaremos a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. As capacitações serão desenvolvidas nas reuniões de equipe, que acontecem semanalmente. A organização será revezada entre os profissionais, e em cada semana será conversado sobre o andamento da intervenção e as dificuldades encontradas.

Os ACS reforçarão o cadastramento dos hipertensos e diabéticos nas visitas domiciliares de todos os usuários que comparecerem à UBS. Será verificada sua PA e realizado o HGT. A verificação da PA e HGT serão realizados pelas técnicas de enfermagem, pelas enfermeiras e pelos médicos.

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

No eixo de monitoramento e avaliação: Monitoraremos a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos assim como monitoraremos o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, através das planilhas de coleta de dados que serão alimentadas a partir da ficha espelho do atendimento clínico ao usuário. O profissional responsável serão a enfermeira e o médico da unidade.

No eixo da Organização e gestão do serviço: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Organizaremos as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, utilizando as reuniões da equipe. Estabeleceremos periodicidade para as atualizações dos profissionais. Disponibilizaremos versão atualizada dos protocolos impressa na unidade de saúde. Garantiremos com o gestor da unidade de saúde básica as vagas diárias para a realização dos exames complementares em outras unidades do município. Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Esta garantia será realizada pela coordenação da UBS.

No eixo do engajamento público: Orientaremos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, todas essas abordagens acontecerão na sala de espera na UBS; assim como os meios de comunicação que dispõe a comunidade. Orientaremos os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientaremos os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Estas ações de engajamento público será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

No eixo da Qualificação da prática clínica: Capacitaremos a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Realizaremos atualizações dos profissionais no tratamento da hipertensão arterial e da diabetes mellitus e orientaremos os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Atividades que acontecerão durante as reuniões de equipe que ocorrem semanalmente. Capacitaremos a equipes a utilizar os protocolos de atenção à DM e HAS sugeridos pelo MS. Monitoraremos os cadastros. Garantiremos os instrumentos de medição da PA e da glicose capilar. Realizaremos ações de saúde envolvendo a comunidade. A coordenação da unidade, juntamente com o profissional médico, que realiza o curso, irá coordenar as ações desenvolvidas.

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

No eixo do monitoramento e avaliação: Monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). O médico ficará responsável por este monitoramento, através das planilhas de coleta de dados.

No eixo da Organização e gestão do serviço: Organizaremos as visitas domiciliares para buscar os faltosos, durante as reuniões da equipe e a agenda será organizada para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

No eixo do Engajamento público: Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouviremos a mesma sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos. Esclareceremos aos

usuários hipertensos, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Estas ações de engajamento público será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

No eixo da Qualificação da prática clínica: Serão realizadas capacitações para os ACS sobre a periodicidade e importância da realização das consultas. Informar os usuários expondo informativos no mural da UBS, capacitando a equipe, em especial os ACS a realizar atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade. A capacitação dos

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

No eixo do monitoramento e avaliação

Monitoraremos a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, responsabilizando cada membro da equipe, através das planilhas de coleta de dados.

No eixo da Organização e gestão do serviço

Manteremos as informações do SIAB atualizadas sob responsabilidade dos ACS e enfermeira. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento para os dois agravos. Pactuaremos com a equipe o registro das informações, definindo o responsável pelo monitoramento registros.

Organizaremos 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. Todos os profissionais envolvidos nos atendimentos serão responsáveis por estas ações, sendo a coordenação da unidade responsável pela exigência na qualidade e atualização destas informações.

No eixo do Engajamento público

Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Estas ações de engajamento público será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

No eixo da Qualificação da prática clínica

Treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético e para aprimorar os registros.

Capacitaremos a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Estabeleceremos instrumentos de registro e acompanhamento. Realizaremos ações de orientações individuais e coletivas. Será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

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

No eixo do monitoramento e avaliação

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

No eixo da Organização e gestão do serviço

Priorizaremos o atendimento dos Usuários avaliados como de alto risco, organizando as agendas para o atendimento desta demanda.

No eixo do engajamento público

Orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecendo-os quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

No eixo da Qualificação da prática clínica

Capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham e de lesões em órgãos alvo. Capacitaremos a equipe para a importância do registro desta avaliação. E quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Realizando o acolhimento dos Usuários. Garantindo oferta de exames complementares, monitorando os resultados dos exames. Realizando atividades educação em saúde.

Será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

No eixo do monitoramento e avaliação

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

No eixo da Organização e gestão do serviço

Demandaremos a junto ao gestor da unidade básica o agendamento de vagas para o atendimento odontológico em outras unidades de saúde, organizando a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos. Estabelecendo as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Também será demandando junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

No eixo do engajamento público

Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando assim o engajamento público nas ações de promoção da saúde, mobilizando a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Orientando os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientando os usuários tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

No eixo da Qualificação da prática clínica

Capacitaremos a equipe para a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético. Sobre práticas de alimentação saudável. Sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de pacientes tabagistas.

Responsáveis serão a coordenação da UBS, médico orientando e o odontólogo convidado nas reuniões de equipe na UBS.

Utilizaremos os indicadores da planilha OMIA expressados com numerador e denominador correspondentes que permitirá o monitoramento correto da meta proposta através da digitação dos cadastrados e das ações realizadas pelos profissionais.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 2:

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

Indicador 2.1 Proporções de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.3 Proporções de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.4 Proporções de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 3:

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 4:

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

Indicador 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Relativa ao Objetivo 5:

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

Indicador 5.1 Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

Indicador 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

Relativa ao Objetivo 6:

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporções de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporções de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção adotaremos os manuais técnicos da estratégia para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: HAS e de DM do Ministério da Saúde 2013 e trabalhar pelos protocolos. Utilizaremos as fichas de cadastro do hipertenso e/ou diabético, e a ficha de acompanhamento destas doenças providas pelo Ministério e além desses, utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso, que contém todas as informações necessárias para o monitoramento dos indicadores de saúde e solicitaremos a impressão suficiente ao gestor de saúde, para manter sua disponibilidade na UBS.

Iniciaremos a intervenção chamando os usuários hipertensos e diabéticos na UBS para consulta com enfermeira ou médico da UBS, para que seja feito o preenchimento da ficha espelho e o primeiro monitoramento, se o usuário tem os exames complementares em dia ou se é necessário solicitá-los.

Todo usuário maior de 18 anos que comparecerá à UBS Independente do motivo lhe será verificada a pressão arterial na sala de triagem pela técnica de enfermagem, que notificará a enfermeira se existir alteração da mesma.

A enfermeira realizará as indicações pertinentes, avaliará risco cardiovascular, solicitará exames e agendará a consulta para o médico, ficará reservada na agenda vagas disponíveis para estes usuários, se forem avaliados como risco cardiovascular alto será agendado para uma data inferior a 72 horas.

No caso de usuários com risco definido para diabetes será realizado hemoglicoteste, se estiver acima de 220mg será avaliado no momento.

O atendimento poderá ser realizado em qualquer horário durante a semana, mas ficará estabelecido um dia específico de semana para acompanhamento de hipertensos e diabéticos, neste dia se avaliará IMC, medirá circunferência abdominal, glicemia capilar (será realizado pela técnica de enfermagem na sala de triagem). Receberá atendimento pela enfermeira ou médico, cumprindo os protocolos do atendimento.

Para garantir adesão dos usuários ao protocolo:

Semanalmente se atualizará o registro do acompanhamento que foi realizado pela técnica de enfermagem e quinzenalmente serão monitorados no registro dos usuários faltosos, assim como viabilizar situações de alerta, o qual será realizado em conjunto pelo ACS e técnica de enfermagem. Na reunião da equipe serão organizadas as visitas domiciliares a estes usuários, os que tiveram ausências repetitivas, e com risco cardiovascular elevado serão a prioridade para o médico e enfermagem. Serão agendadas as consultas para estes usuários de forma organizada nos dias de atendimento de forma prioritária para aqueles com alto risco cardiovascular ou descompensado.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

Realizar-se-á avaliação odontológica, ao menos uma vez ao ano e o dentista definirá o acompanhamento tendo em conta as peculiaridades individuais de cada usuário, estará disponibilizada a consulta duas vezes no mês em duas sessões de trabalho da odontologia em parceria com UBS mais próxima encaminhando os usuários ou agendada a consulta por ACS ou outros profissionais da equipe, além de que o próprio usuário pode agendar sua consulta direito com a equipe de saúde bucal de UBS mais perto de nosso bairro. O atendimento ficará registrado no prontuário e serão monitorados junto aos demais indicadores de forma quinzenal.

Realizar-se-á palestras educativas de forma quinzenal com apoio do NASF e a nutricionista na UBS antes do começo das consultas, incluirá os temas relacionados com alimentação saudável, importância da atividade física, e sobre os danos causados pelo hábito de fumar e beber excessivamente. Nas consultas médicas e de enfermagem e nas visitas domiciliares feitas pelos integrantes da equipe promoveremos estas orientações, também ficando registrada nos prontuários de cada usuário.

Para garantir o engajamento público nestas ações:

Realizaremos divulgação do protocolo de hipertensão e diabetes, fazendo com que os usuários conheçam o atendimento realizado na UBS para hipertensos e diabéticos, fatores de risco da doença, forma de acompanhamento destes usuários, detecção precoce, importância das consultas e sua periodicidade.

Para desenvolver esta ação, nos apoiaremos da rádio local do município, além dos carros de som, a responsabilidade será do gestor da unidade e o coordenador da atenção básica. Também serão entregues materiais educativos e informativos para a população.

Realizaremos murais com a divulgação de dicas de prevenção destas doenças, além de outras informações relacionadas com o tema. Os materiais serão fornecidos pela secretaria de saúde.

Para viabilizar a ação de capacitação da equipe:

Começaremos a intervenção com a capacitação do protocolo de atendimento ao usuário diabético e hipertenso, a mesma ocorrerá na própria UBS, utilizando uma hora da reunião da equipe. Semanalmente um profissional da equipe estudará um eixo dos compreendidos no protocolo e exporá o conteúdo aos outros profissionais da equipe, e facilitará também o intercâmbio e trocas de experiências, se precisarem do auditório e computador serão disponibilizados em nossa UBS. E do caderno de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, nestes momentos disponíveis só em versão digital.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao finalizar nossa intervenção que teve uma duração de 16 semanas, de outubro a janeiro de 2014 com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Brasil Novo da cidade de Macapá. Nossa equipe trabalha em um anexo que fica dentro da comunidade do Bairro onde realizamos atendimentos a uma população de 6000 habitantes na área adstrita, sendo estimados 913 hipertensos e 225 diabéticos pela planilha de coleta de dados. À intervenção que realizamos foi feita com muitas ações de acordo com os objetivos e metas planejadas por nosso cronograma da intervenção as mesmas foram desenvolvidas, examinando as dificuldades e as facilidades encontradas e se elas foram cumpridas.

Monitoramento e Avaliação: Realizamos o monitoramento do cadastro de hipertensos e diabéticos semanalmente, nas reuniões da equipe, com os profissionais que realizam o acolhimento: técnicas de enfermagem, enfermeira, médico da equipe em coordenação com diretor da UBS para ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos. Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, fizemos o monitoramento do exame clínico de qualidade para os hipertensos e diabéticos e o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo, sendo que a maioria dos usuários retornou sem exames realizados porque a maioria não tem condições econômicas para fazer os exames solicitados. Nossa unidade de saúde não tem laboratório para fazer exames. Também monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de maneira semanal para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos e realizamos as orientações nas reuniões da equipe. Durante nossa intervenção foi melhorado os registros das informações, monitoramos a qualidade dos mesmos e logramos em mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença

cardiovascular e priorizamos os atendimentos dos usuários avaliados como de alto risco, além de planejar as consultas para todos os usuários.

Organização e gestão do serviço: Organizamos e realizamos quatro capacitações dos profissionais, participaram cinco Agentes comunitários de Saúde, uma enfermeira e três técnicos de enfermagem e seis profissionais da equipe de NASF, os principais temas foram em relação aos conceitos, epidemiologia, classificação, complicações, fatores de riscos e prevenção, interpretação dos exames, tratamento, importância da alimentação saudável, atividade física e atenção odontológica, estas capacitações foram realizadas utilizando a bibliografia atualizada de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde dos Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37 Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério de Saúde 2013, a impressão dos mesmos estão disponíveis para todos os profissionais. Além das nossas reuniões de equipe todos os membros da equipe conheceram suas atribuições no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos. A enfermeira, junto com os ACS, técnicas de enfermagem e médico realizaram as ações de saúde de maneira integral onde realizamos consultas médicas e aproveitamos os espaços das consultas de PCCU, Testes rápidos de VDRL e HIV para medir a pressão a todas as pessoas, além disso, durante as ações de saúde realizamos junto a equipe de NASF palestras educativas sobre nutrição e hábitos alimentares saudável, a importância da atividade física regular e a necessidade de levar um controle adequado da glicemia e da pressão arterial. A equipe organizou as visitas domiciliares semanalmente para ampliar a cobertura com maior número de hipertensos e diabéticos cadastrados. Nesta intervenção fizemos a coleta dos dados das ações realizadas para melhorar os indicadores e a busca ativa dos usuários faltosos, logramos medir a pressão arterial a todo usuário maior de 18 anos que foi a UBS por diferentes motivos e aproveitamos todos os espaços da UBS e em visitas domiciliares e em ações de saúde.

Realizamos um mural com o cronograma das consultas e as visitas domiciliares para buscar os faltosos organizar melhor a gestão dos serviços. Realizamos na farmácia um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados melhorando o controle dos remédios. As ações de saúde foram feitas na comunidade em igrejas, escolas e em à unidade de saúde, trabalhando em o rastreamento de casos novos, também junto com equipe de NASF

realizamos um total de 8 atividades de promoção de saúde, as mesmas foram de muita aceitação por os usuários e tiveram a participação da comunidade a qual ajuda muito na decoração, na logística e a organização de todas as atividades, onde falamos também dos fatores de riscos, uma dieta balanceada, durante as atividades os usuários levaram frutas e vegetais para falar sobre as propriedades dos mesmos e fazer uma alimentação após das atividades, também as atividades de promoção de saúde tiveram um espaço para a realização de atividades físicas junto a equipe de NASF e fizemos exame bucal a todos os participantes, o atendimento odontológico foi feito em parceria com outra UBS, onde organizamos as agendas para ter todas as vagas e melhorar a atenção com dentista, pois a principal dificuldade e que nosso bairro não tem este serviço. Muitas atividades de promoção de saúde de hipertensos e diabéticos foram realizadas por nossa equipe com ajuda da equipe de NASF e lideranças da comunidade para educar a população sobre o tratamento medicamentoso, combate ao álcool, hábito de fumar e estresse. Todos ficaram contentos com as mesmas, melhorando os conhecimentos e muitos usuários voltaram para consulta medica.

Engajamento Público: O Engajamento público foi organizado dentro de oito atividades de educativas, aproveitando por nossa equipe todos os lugares de nossa comunidade, como igrejas, escolas, lojas, rádio comunitária, informando a toda a comunidade da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e a importância de medir a glicose a todos os familiares de diabéticos. Também orientamos aos usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e o direito de ter acesso aos remédios em nossa unidade e na Farmácia Popular, onde ficam os remédios de graça. Além disso, informamos a comunidade sobre a importância de realização e a periodicidade das consultas. Também falamos que Hipertensão e Diabetes são doenças crônicas e não podem abandonar os tratamentos e muito importante o controle dos fatores de risco modificáveis. As ações de engajamento público foram feitas por os profissionais da equipe e melhoraram as relações com lideranças da comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Para melhor qualificação da prática clínica realizamos capacitações aos ACS, Técnicas de enfermagem, médico e enfermeira sobre o cadastramento de hipertensos e diabéticos, verificação da pressão arterial, da realização da glicemia capilar, sobre as principais características das doenças, exame clínico apropriado e atualizações nas classificações, estratificação de risco segundo o

escore de Framingham e de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco e tratamentos pelos cadernos de atenção básica do ministério de saúde Brasileiro .As atividades de capacitação foram muito proveitosas, todos ganhamos em conhecimentos e experiência, os participantes gostaram das capacitações e isto melhorou a motivação dos profissionais e a qualificação na pratica clinica diária. Também a enfermeira realizou capacitações para os ACS e todos foram treinados para o preenchimento dos registros semanalmente e fazer palestras para os moradores do bairro.

Durante a realização de nosso projeto todas as ações de promoção de saúde e atividades de capacitação foram de muita utilidade para a incorporação de as mesmas a nosso atuar diário. Melhoramos a cobertura de hipertensos para 55,6% e Diabéticos para 65,3% em relação ao início da intervenção. Muito importante foi a busca ativa dos faltosos junto com os ACS, as vistas domiciliares realizadas e ter todos os remédios de graça a disposição dos usuários o qual melhorou a adesão dos profissionais a intervenção e a motivação da população com nosso projeto. Também foi importante a participação de nosso gestor, a comunidade gostou muito de nossa atenção médica e de nossas atividades de promoção de saúde como as ações de saúde integral e as palestras.

As mesmas agora ficam instituídas na rotina semanal do trabalho da equipe. Pensamos que depois do nosso projeto o atendimento e acolhimento melhoraram de maneira importante, agora está sendo realizado com mais qualidade porque os profissionais promovem capacitação semanalmente, realizam suas atividades de maneira programa e planejada, de maneira mais organizada.

Todas as ações realizadas foram muito úteis para a continuidade de nosso trabalho e tivemos um impacto positivo e melhor controle dos usuários, realizando prevenção das complicações por estas doenças crônicas, melhorando o conhecimento dos usuários e a comunidade, melhoraram os registros, os usuários que voltaram para consulta tinham os níveis de glicemia e pressão arterial em níveis normais e a população fica mais satisfeita com uma ótima opinião de nosso trabalho, o que mostra que as ações implementadas foram eficazes.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas em nosso projeto foram desenvolvidas sem grandes complicações. Inicialmente não haviam esfigmomanômetro em quantidade

necessária para medir pressão arterial e glicose em sangue de todos os usuários com esta necessidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Ao início as fichas de espelho não foram preenchidas de maneira adequada e depois isto melhorou muito para realizar uma coleta de dados com qualidade. Durante nossa intervenção em diferentes momentos da mesma tivemos dificuldades com as folhas para fazer a ficha de espelho e com ajuda da comunidade, membros da equipe e gestor da unidade logramos realizar as mesmas para depois preencher a coleta de dados e ter uma base com todos os dados dos usuários cadastrados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção desenvolvida nestes quatro meses já esta instituída na rotina de trabalho de nossa unidade, com envolvimento de todos os profissionais que trabalham na UBS, coordenador da unidade e gestor municipal. As atividades foram muito bem planejadas e desenvolvidas, facilitando assim sua incorporação.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados obtidos durante a intervenção foram muito positivos se levarmos em consideração como era realizado o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS. Conforme já relatado, não havia monitoramento e registro adequado dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe de saúde. Devido não termos conhecimento do total de usuários crônicos residentes na área, trabalhamos com a estimativa para a população da área adstrita da equipe, sendo assim, o número estimado de usuários hipertensos residentes na área é de 913, enquanto que o número de usuários diabéticos é de 225, levando em consideração a população de 6.000 habitantes.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Indicador: Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde.

A cobertura antes de iniciar a intervenção estava em 191 usuários hipertensos acompanhados (19%) e de 43 (21%) usuários diabéticos. Não conseguimos alcançar as metas propostas no projeto, mas foi possível ampliar

significativamente a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos. Cadastramos no primeiro mês, 24 usuários hipertensos (2,6%) e 16 usuários diabéticos (7,1%). No segundo mês aumentamos a cobertura para 111 (12,2%) usuários hipertensos e 79 (35,1%) usuários diabéticos, no terceiro mês já eram 299 (32,7%) usuários hipertensos cadastrados e 125 (55,6%) usuários diabéticos e no quarto mês a cobertura aumentou para 508 (56,6%) usuários hipertensos cadastrados e 147 (65,3%) usuários diabéticos cadastrados conforme Figura 1 e Figura 2.

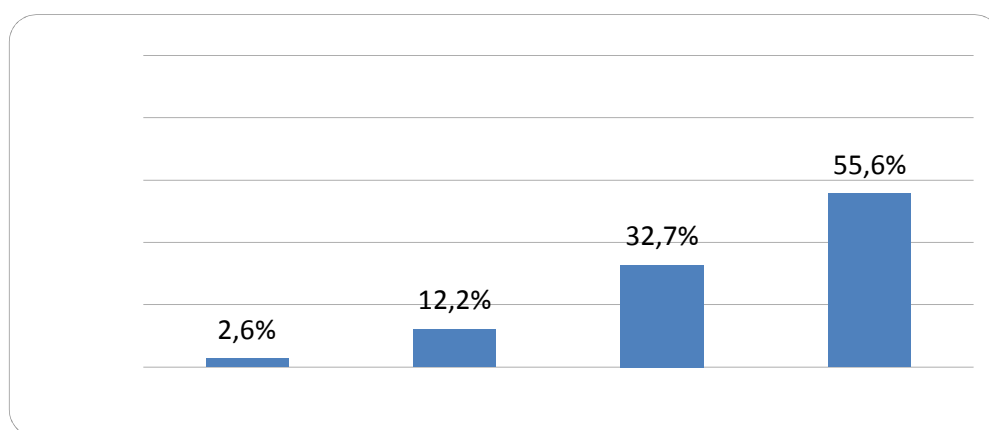


Figura 1: Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014

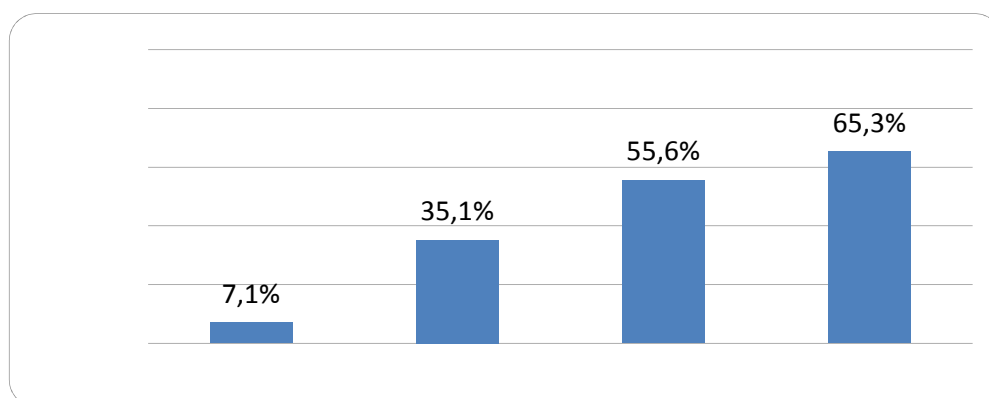


Figura 2: Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

Os resultados alcançados foram possíveis, porque realizamos o monitoramento do cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos semanalmente nas reuniões da equipe. Realizamos a busca ativa dos mesmos na comunidade e nas consultas realizadas, assim como nas visitas domiciliares, logrando garantir os equipamentos necessários para este

rastreamento, como esfignomanômetro, estetoscópios e glicosímetro. Verificamos a pressão arterial a todo usuário maior de 18 anos que procurou atendimento na UBS por qualquer queixa, assim como realizamos hemoglicoteste na unidade de saúde aos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Os ACS reforçaram o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos durante as visitas domiciliares realizadas mensalmente e foram capacitados pela enfermeira e pelo médico da equipe para fornecerem as orientações sobre o acompanhamento realizado na UBS.

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

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado.

As proporções de usuários hipertensos e diabéticos com exames clínicos em dia foi alcançada em todos os meses da intervenção, no primeiro mês foram 24 usuários hipertensos e 16 usuários diabéticos com exame clínico, no segundo mês foram 111 usuários hipertensos e 79 usuários diabéticos, no terceiro mês foram 299 usuários hipertensos e 125 usuários diabéticos e ao finalizar a intervenção no quarto mês, estávamos com 508 usuários hipertensos e 147 usuários diabéticos com exame clínico realizado, 100% em todos os quatro meses, conforme Figura 3.

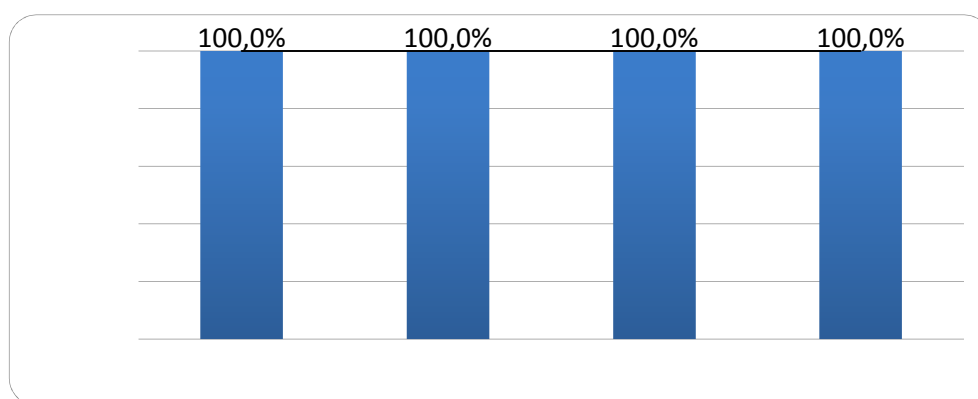


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

Isto foi possível através do monitoramento da realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos, registrado na ficha espelho e prontuário dos usuários, também definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Organizamos as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos do MS (Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37, 2013), utilizando as reuniões da equipe para a realização destas capacitações. Temos disponível na UBS uma versão impressa dos protocolos do MS para alcance de todos os profissionais. Os meios de comunicação que tem a comunidade também foram aproveitados para falar sobre o exame clínico apropriado, como rádio por exemplo.

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

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

Indicador 2.3 e 2.4: Proporção de usuários hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, logramos encaminhar e indicar os exames complementares em todas as consultas realizadas durante a intervenção. No primeiro mês foram 19 (79,2%) usuários hipertensos e 13 (81,3%) usuários diabéticos, no segundo mês foram 98 (88,3%) usuários hipertensos e 70 (88,6%) usuários diabéticos, no terceiro mês foram 274 (91,6%) usuários hipertensos e 110 (88%) usuários diabéticos e ao finalizar a intervenção no quarto mês, estávamos com 465 (91,5%) usuários hipertensos e 127 (86,4%) usuários diabéticos com os exames complementares em dia, conforme Figura 4 e 5.

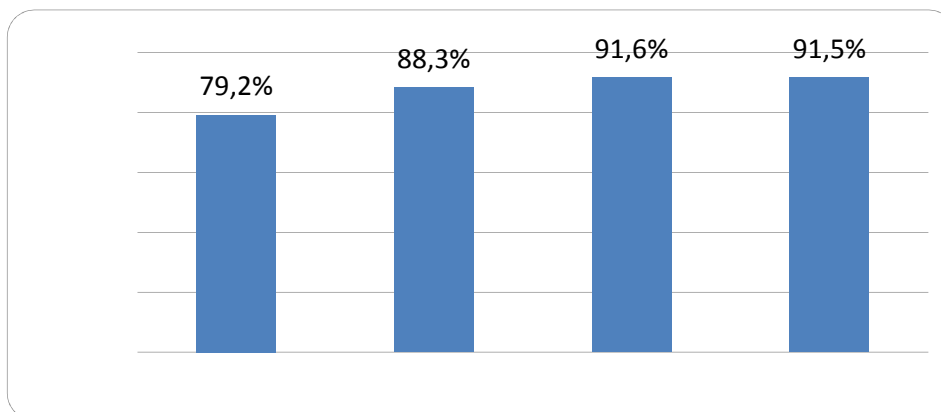


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

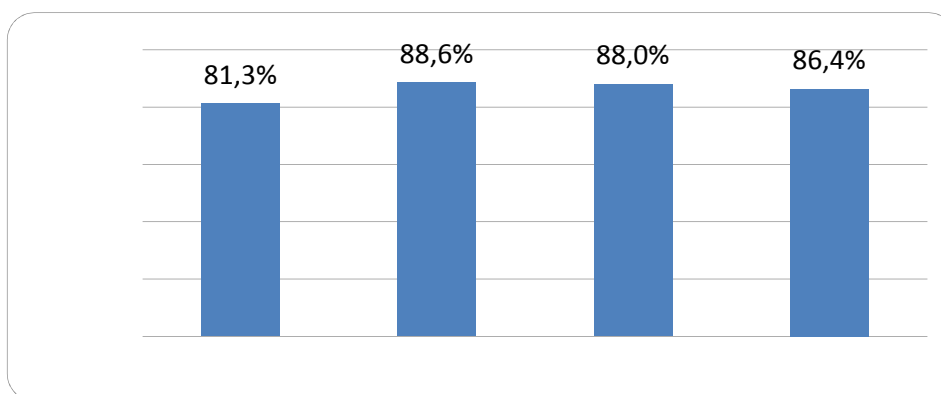


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

Além das dificuldades apresentadas por não ter um laboratório clínico para a realização dos exames complementares, muitos não podem pagar para os laboratórios particulares e nós encaminhamos os usuários para as unidades de saúde que contam com esse serviço. Infelizmente as UBS que tem laboratório e o hospital do município ficam distantes do nosso bairro.

Esforçamo-nos para monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Conseguimos garantir junto as vagas diárias para a realização dos exames complementares em outras unidades do município, junto ao gestor municipal, que garantiu a realização dos exames, mas os usuários teriam que se deslocar até as UBS para a coleta dos exames.

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

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

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

A proporção de usuários hipertensos e diabéticos com prescrição de remédios da Farmácia Popular /Hiperdia priorizada foi do início ao término da intervenção em 100%. No primeiro mês foram 24 usuários hipertensos e 16 usuários diabéticos, no segundo mês foram 111 usuários hipertensos e 79 usuários diabéticos, no terceiro mês foram 299 usuários hipertensos e 125 usuários diabéticos e ao finalizar a intervenção no quarto mês, estávamos com 508 usuários hipertensos e 147 usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

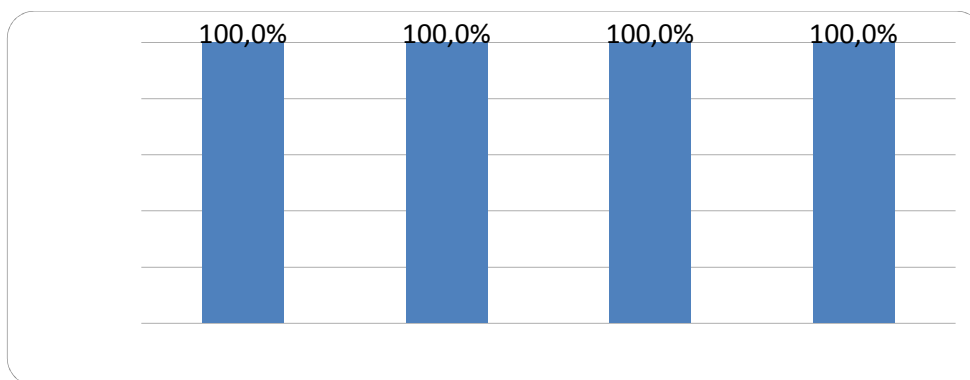


Figura 6: Gráfico da proporção de usuários hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

Temos que ressaltar que a UBS conta com um grande número de medicamentos para controle das doenças crônicas, e estão a disposição dos usuários, e durante toda a intervenção foram entregues mensalmente a todos os usuários. O registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados está atualizado, com controle do estoque dos mesmos ara que não falta no futuro. Orientamos os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos remédios da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

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

Indicador 2.7 e 2.8: Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, realizamos avaliação das necessidades de atendimento odontológico. No primeiro mês foram 19 (79,2%) dos usuários hipertensos e 13 (81,3%) usuários diabéticos, no segundo mês foram 103 (92,8%) usuários hipertensos e 72 (91,1%) usuários diabéticos, no terceiro mês foram 284 (95,0%) usuários hipertensos e 114 (91,2%) usuários diabéticos e ao finalizar a intervenção no quarto mês, estávamos com 487 (95,9%) usuários hipertensos e 136 (92,5%) usuários diabéticos com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

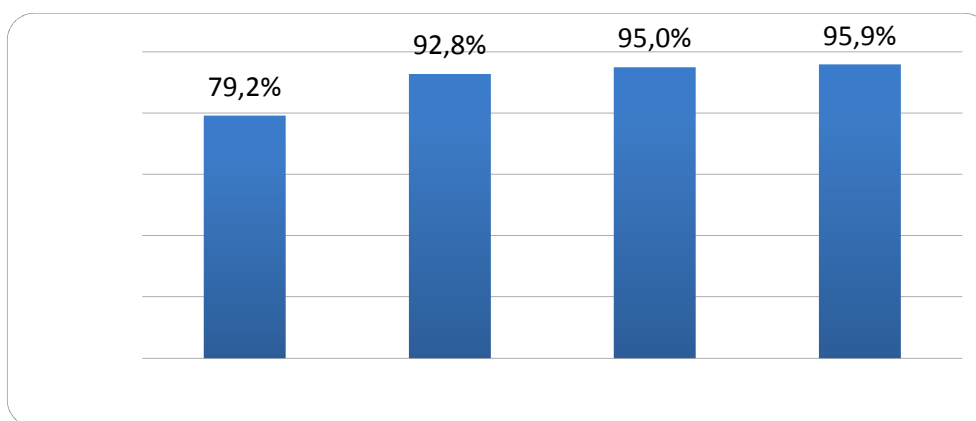


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

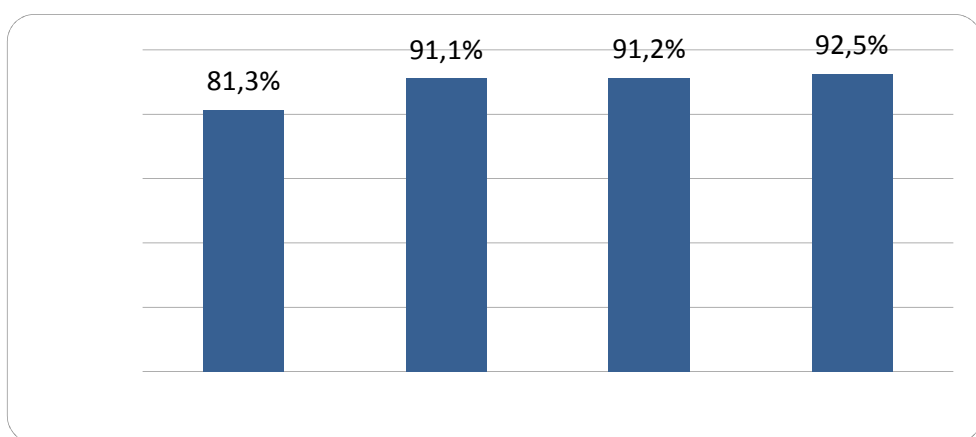


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

O alcance destas metas só foi possível, porque contamos com a colaboração e parceria de unidades de saúde localizadas perto da nossa unidade que contam com o serviço odontológico. Fizemos um controle de

agendamento para organizar as vagas de nossos usuários nas UBS próximas, estabelecendo um número de vagas semanais para os usuários acompanhados pela nossa equipe.

Realizamos o monitoramento da realização da avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa UBS, através de contato com o odontólogo que realizava os atendimentos, além disso, monitoramos a agenda de atendimento odontológico semanalmente e realizamos as capacitações dos profissionais, utilizando as reuniões da equipe.

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

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

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

Indicador 3.1 e 3.2: Proporção de usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Para melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, realizamos a busca dos faltosos as consultas, sendo que durante os quatro meses todos os faltosos receberam busca ativa dos ACS. No decorrer dos meses, 3 usuários hipertensos faltaram a consulta e receberam busca ativa (100%) e 2 usuários diabéticos (100%), além da pouca quantidade de faltosos, temos que falar que nossa comunidade, antigamente não contava com profissional médico e isso possivelmente fez com que o número de faltosos fosse reduzido, já que agora a UBS tem médico para realizar os atendimentos.

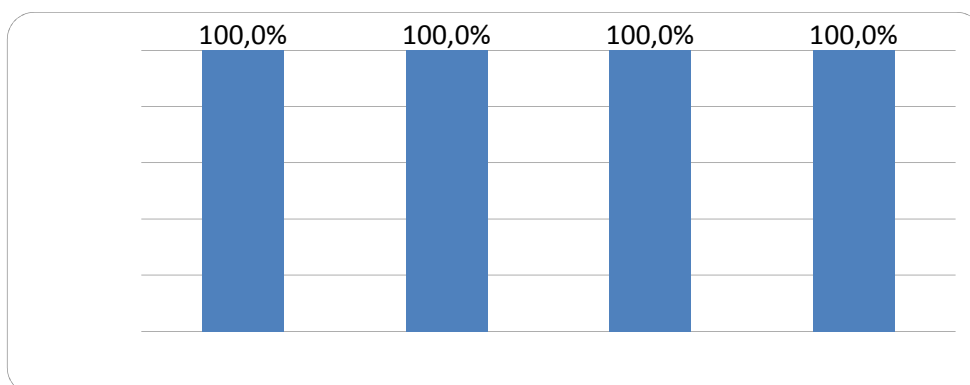


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

Também foi possível o alcance destas metas, através do monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Organizamos nas reuniões de equipe, as visitas domiciliares para buscar os faltosos a otimização da agenda para acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares realizadas semanalmente.

Realizamos palestras para toda a família dos usuários hipertensos e diabéticos, como estratégia de esclarecimento sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Capacitamos os ACS para prestarem orientação aos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Informamos os usuários no mural da UBS à disponibilidade de agenda diária para o acompanhamento dos usuários crônicos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Indicador 4.1 e 4.2: Proporção de usuários hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante toda a intervenção a proporção de usuários hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento manteve-se em 100%. No primeiro mês foram 24 usuários hipertensos e 16 usuários diabéticos, no segundo mês foram 111 usuários hipertensos e 79 usuários diabéticos, no terceiro mês foram 299 usuários hipertensos e 125 usuários diabéticos e ao finalizar a intervenção no quarto mês, estávamos com 508 usuários hipertensos e 147 usuários diabéticos, conforme Figura 8.

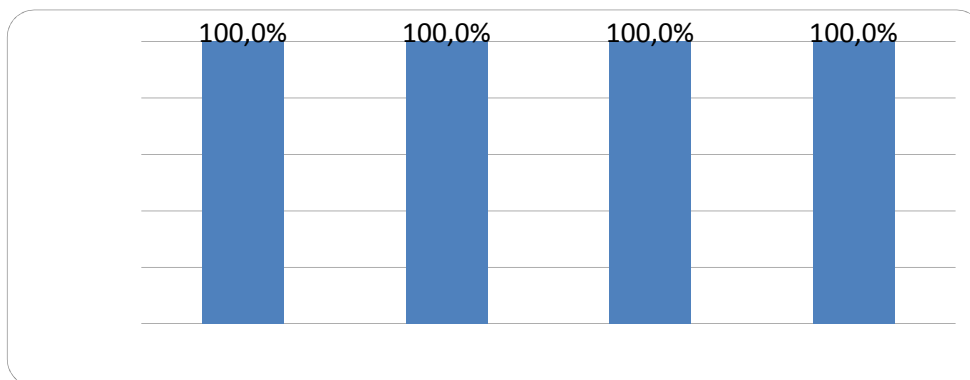


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

Os indicadores alcançados foram possíveis através do monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Logramos manter as informações atualizadas. Fizemos o monitoramento semanal das fichas de espelho e organizamos um sistema de registro para 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 do comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Orientamos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso. A ação que mais impactou no alcance destas metas, foi a capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para acompanhamento dos usuários hipertensos e os diabéticos.

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

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

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

Indicador 5.1 e 5.2: Proporção de usuários hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

A proporção de usuários hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, no primeiro mês foram 24 (100 %) usuários hipertensos e

16 usuários diabéticos, no segundo mês foram 111 (100%) usuários hipertensos e 79 usuários diabéticos, no terceiro mês foram 299 (100%) usuários hipertensos e 125 usuários diabéticos e ao finalizar a intervenção no quarto mês, estávamos com 508 (100 %) usuários hipertensos e 147 usuários diabéticos, conforme Figura 11.

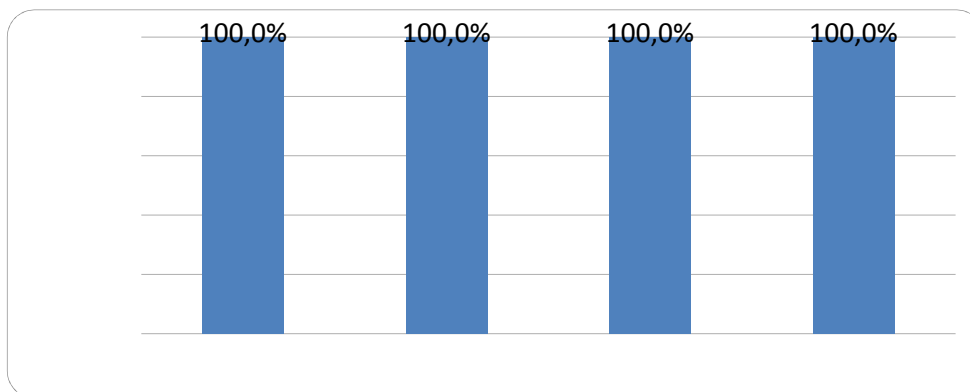


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Brasil Novo, Macapá/AP, 2014.

Os indicadores alcançados foram possíveis devido ao monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos com a realização da estratificação de risco semanalmente. Priorizamos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, organizando as agendas para o atendimento desta demanda, além disso, capacitamos a equipe para realizar estratificação de risco e de lesões em órgãos alvo e a importância do registro desta avaliação e a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Realizamos o acolhimento dos usuários na UBS e logramos garantir oferta de exames complementares em outras unidades de saúde e hospital, apesar das dificuldades de não ter laboratório em nossa unidade, monitoramos os resultados dos exames.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Indicador 6.1 e 6.2: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

A orientação nutricional foi realizada para todos os usuários hipertensos e diabéticos. No primeiro mês 24 usuários hipertensos, 111 no segundo mês, 299 e 508 usuários hipertensos no terceiro e quarto mês respectivamente. Os usuários diabéticos que receberam estas informações no primeiro mês foram 16, no segundo e terceiro mês 79 e 125 usuários diabéticos, no quarto mês de intervenção 147 usuários diabéticos receberam as informações

Ressaltamos que estas informações não ficaram focadas nestes usuários e sim incluímos os familiares e acompanhantes das consultas, informações que foram reforçadas e ilustradas pela profissional nutricionista da equipe do NASF.

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

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

Indicador 6.3 e 6.4: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Todos os usuários cadastrados durante a intervenção receberam orientação quanto à importância de realizar atividade física de forma regular. Ao final de quatro meses monitorando as informações, obtivemos 147 usuários diabéticos e 508 usuários hipertensos cadastrados e acompanhados na unidade de saúde. A atividade física também foi tema de nossos encontros com a comunidade, na tentativa de demonstrar as consequências do sedentarismo.

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

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

Indicador 6.5 e 6.6: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos os usuários cadastrados durante a intervenção receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Ao final de quatro meses monitorando as informações, obtivemos 147 usuários diabéticos e 508 usuários hipertensos cadastrados e acompanhados na unidade de saúde. O tabagismo também foi

alvo de nossos encontros com a comunidade, os profissionais informaram os tratamentos disponíveis para o abandono do tabagismo.

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

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

Indicador 6.7 e 6.8: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Obtivemos também 100% dos usuários com orientação sobre higiene bucal totalizando com 147 usuários diabéticos e 508 usuários hipertensos cadastrados e acompanhados na unidade de saúde.

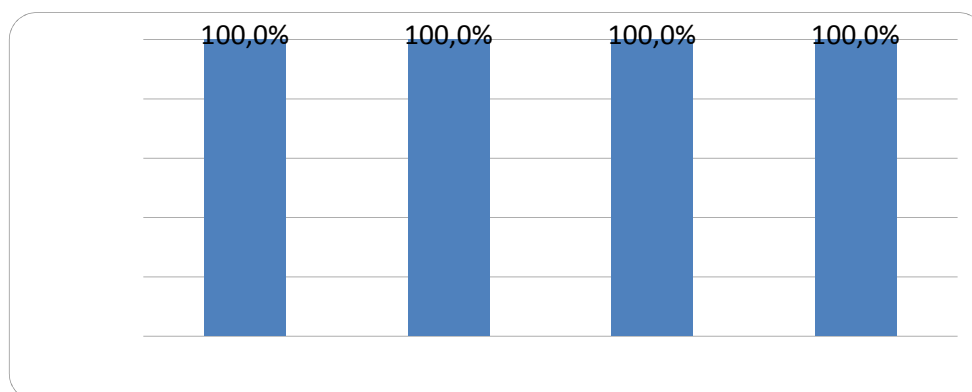


Figura 12 Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Os resultados foram do 100%, todos os usuários receberam as orientações sobre nutrição ,importância da pratica da atividade física ,os riscos do tabagismo e sobre a higiene bucal ,a equipe logro garantir promover a saúde dos hipertensos e diabéticos , melhorando ao passar dos meses e os mesmos só foram possíveis devido ao trabalho em equipe, com a melhoria da prática clínica, com a organização e gestão do serviço, com o fortalecimento do engajamento público e com o monitoramento e avaliação

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos foram realizadas além das consultas, muitas visitas domiciliares, ações de saúde em equipe e em parceria com outros médicos e enfermeiras do município, em escolas da comunidade, onde tivemos uma importante aceitação, demonstrando que as demais instituições sociais estão abertas para o diálogo.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção.

A intervenção foi interessante e alcançou inúmeros benefícios para o serviço, para os profissionais, mas principalmente para os usuários deste serviço. Com o desenvolvimento das ações nos quatro eixos pedagógicos, foi possível qualificar nossos serviços, diretamente a esta ação programática, mas com certeza muitas ações desenvolvidas para esta intervenção serviram para melhorar a atenção a saúde em todas as ações programáticas, as quais os profissionais fazem parte.

Os resultados da intervenção são extremamente positivos e demonstram que o planejamento é essencial para o alcance dos objetivos de melhorar a qualidade da atenção prestada em saúde. Devido à reorganização do serviço, ao monitoramento das informações, a qualificação da prática clínica e ao fortalecimento do engajamento público foi possível ampliar a cobertura de atenção a saúde de usuários hipertensos e diabéticos e melhorar nossos resultados para os indicadores de qualidade do nosso serviço.

Importância da intervenção para as equipes

A intervenção tem muita importância para nossa equipe, já que a mesma melhorou a inter-relação dos membros da equipe, aumento o nível de conhecimento e preparação da equipe, logrando com um trabalho onde toda equipe participou. A relação com comunidade também melhorou, pois, as atividades fora da unidade fortaleceram o vínculo entre equipe e comunidade. Os profissionais também desenvolveram o trabalho de parceria com outras unidades de saúde para cumprir os objetivos do projeto, o que demonstra que as parcerias podem existir para ajudar na solução dos problemas. Com a intervenção a equipe tem maior controle e organização do cadastramento dos usuários e a motivação para continuar fazendo atividades de promoção de saúde.

Importância da intervenção para o serviço

Nossa intervenção teve muita importância para serviço, conseguimos melhorar a qualidade das consultas, organizamos uma atenção integral aos usuários, realizamos um melhor controle e cadastramento dos usuários. O

engajamento público foi fortalecido através de atividades educativas coletivas em instituições da própria comunidade.

A entrega da medicação foi reorganizada e sistematizada, eliminando problemas com a falta de medicação, melhorando a satisfação da população, o nível de aceitação de nosso serviço ficou muito positivo na comunidade e alcançamos o importante nível de motivação da equipe para continuar trabalhando para nossa comunidade.

Importância da intervenção para a comunidade

A intervenção foi extremamente relevante para comunidade deste serviço, pois o processo de trabalho está mais organizado e qualificado, refletindo diretamente no modelo de atenção a saúde que desenvolvemos e oferecemos aos nossos usuários. Nenhum usuário ficou sem cadastro, os registros foram atualizados e organizados, as visitas domiciliares foram sistematizadas e organizadas pela equipe. Também receberam ações de educação na comunidade, de forma coletiva.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

Ao analisar o desenvolvimento da intervenção podemos pensar que a parte de prevenção de doenças e promoção da saúde poderia e deveria ter sido melhores trabalhadas. Chegamos a pensar em atividades diárias, em torno de 10 a 15 minutos diariamente, para funcionar como apoio educacional sobre sua patologia.

Uma grande dificuldade enfrentada que deveria ser pensada é a questão da realização de exames e encaminhamentos para alguns especialistas, pois estas patologias são responsáveis por complicações que precisam ser monitoradas sistematicamente e que sem este aporte, as complicações podem aparecer precocemente.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção foi realizada pela equipe 0.31 da UBS Brasil Novo do município Macapá, do estado Amapá. Nossa equipe fez suas atividades em um anexo que fica dentro da comunidade, onde realizamos os atendimentos, nossa

equipe tem mais de um ano trabalhando nesta área de saúde. Depois de fazer uma análise da situação de saúde de nossa comunidade chegamos à conclusão que os usuários hipertensos e diabéticos necessitavam receber melhorias na atenção prestada pelo nosso serviço, além de se tratar de um grande público alvo.

A intervenção foi desenvolvida em 16 semanas, obtive a participação de nossa equipe, da equipe de NASF e também da comunidade do bairro Brasil Novo onde fica nosso posto de saúde. Objetivo principal do projeto era ampliar a cobertura de atenção a saúde de usuários hipertensos e diabéticos, com objetivos específicos de melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão, os registros das informações, mapear riscos para doenças cardiovascular e promover a saúde deste grupo populacional.

Para atingir estes objetivos organizamos ações em quatro eixos pedagógicos, Organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, fortalecimento do engajamento público e melhoria dos registros.

Anteriormente a intervenção os cadastros dos usuários com estas patologias ficavam incompletos, as consultas não tinham a qualidade adequada, os seguimentos não eram realizados de maneira correta, os usuários não realizavam os exames laboratoriais com a periodicidade adequada, a atenção odontológica ficava muito baixa, os cadastros indicavam sub-notificação de novos casos.

Após avaliar o desenvolvimento da intervenção percebemos que muitas ações foram modificadas e melhoradas. Os cadastrados dos usuários hipertensos e diabéticos foram atualizados pelos agentes comunitários de saúde. Os registros foram organizados e separados para melhor manipulação e avaliação dos indicadores. Nossa prática clínica foi revista através das capacitações que organizamos internamente, nos horários das reuniões.

O engajamento público foi incentivado e promovido através de ações educativas fora da unidade de saúde e divulgação das mudanças na unidade de saúde pela rádio comunitária.

A cobertura de atenção a saúde de usuários hipertensos e diabéticos aumentou significativamente, passando de 19% para 56,3% para usuários hipertensos e de 21% para 65% de usuários diabéticos. Todos os usuários cadastrados receberam atendimento e acompanhamento na unidade de saúde,

porém os indicadores que avaliam a qualidade da atenção em saúde bucal, somente foram satisfatórios pois recebemos apoio dos gestores locais e assim unidades de vizinhas ofereceram este serviço aos usuários de nossa área de cobertura, pois nossa unidade ainda não dispõem do profissional odontólogo, o que dificulta o acesso de todos os usuários que precisam.

A realização de exames laboratoriais também recebeu apoio da gestão e a parceria estabelecida com as demais unidades de saúde do município facilitou o acesso para realização de exames para estes usuários. Juntamente com a distribuição da medicação que foi garantida até o momento.

Ainda precisamos avançar e com isto continuamos contando com o apoio da gestão para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, precisamos fazer movimentos na tentativa de fixar um profissional odontólogo na unidade, pois sabemos que temos demanda reprimida por falta deste atendimento no município.

A equipe ficou motivada com os resultados alcançados em tão pouco tempo e atualmente trabalha melhor, com planejamento e avaliação de suas ações. Agradecemos o apoio da gestão oferecido nesta intervenção e esperamos estabelecer novas parcerias com a gestão brevemente.

4. 4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Gostaríamos de divulgar para toda comunidade a intervenção desenvolvida em nosso serviço, iniciamos por organizar e qualificar a atenção prestada aos usuários hipertensos e diabéticos, mas sabemos que as mudanças realizadas irão refletir em todos os atendimentos realizados em nossa unidade.

A intervenção foi desenvolvida em um tempo de 16 semanas, toda a equipe participou, além disso, contamos com a equipe do NASF. Objetivo principal do projeto foi fazer uma atenção integral de qualidade aos usuários hipertensos e diabéticos e aumentar o nível de conhecimentos dos usuários sobre suas doenças.

Inicialmente realizamos o cadastramento de todos os usuários, os agentes comunitários de saúde foram os responsáveis por este trabalho, as consultas ficaram melhores e mais completas, a solicitação e controle de exames foram organizados.

Uma questão muito importante que foi trabalhada, nesta intervenção, foi às atividades de educação em saúde, pois precisamos que a população aprenda sobre suas doenças e principalmente aprendam a cuidar de sua saúde, evitando assim maiores complicações. Neste propósito realizamos palestras com vídeos educativos, semanalmente e assim aproveitamos e convidamos todos a participar e trazer seus familiares, pois é importante a participação de toda família. Ressaltamos ainda que a rádio comunitária esta sendo utilizada para divulgação de informações importantes sobre a unidade de saúde.

Uma atividade muito importante foi reorganizada em nosso serviço, a visita domiciliar aos usuários faltosos, ou seja, quem faltar à consulta marcada receberá a visita do agente comunitário de saúde, que fará o registro do motivo da ausência e já realiza novo agendamento para consulta de acompanhamento. Aproveitamos este momento de visita domiciliar para orientar demais familiares e investigar possíveis usuários com risco de desenvolver hipertensão e diabetes. As consultas fizeram se, com uma melhor qualidade, fizemos exame bucal, avaliação do estado nutricional, controle da pressão arterial, exame de glicemia em jejum.

Com a participação do diretor da UBS e em labor de parceria com outras unidades de saúde conseguimos garantir o atendimento por odontologista e realização dos exames laboratoriais aos usuários porque em nossa unidade de saúde não temos estes serviços.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A especialização em saúde da família é um instrumento importante na atenção primária de saúde. A realização do curso, a todos os profissionais que participaram do Programa Mais Médico para Brasil, permitiu-nos lograr uma grande experiência.

O curso proporcionou a ampliação dos meus conhecimentos clínicos, funcionamento do sistema único de saúde brasileiro e interação com os diversos profissionais através dos fóruns de comunicação coletiva.

O desenvolvimento da intervenção proporcionou boa inter-relação da equipe de saúde da família com a comunidade e uma boa comunicação médico e usuário. O desenvolvimento das diferentes atividades realizadas durante todo o curso permitiu-nos, atualizarmos em muitos temas importantes e gerou motivação para continuar o trabalho na UBS. O curso de Especialização em Saúde da Família foi muito bem realizado e planejado, logrando-se os objetivos propostos em cada unidade, desde a Recepção do Mais Médico, Ambientação, Análise Situacional, Análise Estratégica, Intervenção e sua Avaliação. As atividades realizadas no curso cumpriram todos seus objetivos e melhoraram os conhecimentos e nossa preparação, como foram os casos interativos, onde foram analisadas as principais doenças e situações de saúde que se apresentam mais frequentemente na comunidade. Sempre acontecem algumas dificuldades, mais o mesmo curso ajudou-nos para superar as mesmas.

Foi interessante encontrar e fazer o diagnóstico dos problemas nas principais ações programáticas e em relação à estrutura física da Unidade de Saúde, a falta de serviços da odontologia, laboratórios clínicos, dificuldades com algumas remédios na farmácia e os registros na unidade, o que foi melhorado depois da realização da análise situacional e a intervenção desenvolvida. De maneira geral, o curso foi organizado e muito bem planejado, sempre mantemos uma boa comunicação e inter-

relação com os orientadores do curso, logrando-se superar todas as dificuldades além de ficar a distância. A equipe docente da Universidade de Pelotas no Brasil teve alta qualidade durante todo o curso e fizeram um bom acompanhamento e ajudaram para criar as bases para futuros projetos e outras atividades. O objetivo principal do curso foi cumprido, o qual permitiu melhorar atenção de saúde de maneira integral na população e em nosso atuar diário na realização das atividades.

Referências

OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

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

Caderno da Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa 2013 Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs)

SBC. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

MIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

WHO. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

SCH Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (caderno de atenção básica, n.19).

Cadernos da Atenção Básica_36 DM e Caderno_37 HAS 2013. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs

Política Nacional de Atenção Básica Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs) portaria 2488 dos 21 de outubro de 2011

Cadernos da Atenção Básica: Saúde da Mulher. Saúde da criança 2013 Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs

Apêndices

Apêndice A: Fotos da Intervenção





Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante