

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS/ESF Cohab Guabiroba, Pelotas/RS

Omari Yelina Elizarde Jiménez

Pelotas, 2015

Omari Yelina Elizarde Jiménez

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS/ESF Cohab Guabiroba, Pelotas/RS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família Modalidade a Distância UFPEL/UNASUS como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenice Muniz de Quadros.

Pelotas, 2015

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

J61m Jiménez, Omari Yelina Elizarde

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Cohab Guabiroba, Pelotas/RS / Omari Yelina Elizarde Jiménez; Lenice Muniz de Quadros, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

71 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. Quadros, Lenice Muniz de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho a DEUS por iluminar sempre meus caminhos e a meu filho querido que mesmo longe sempre depositou a sua confiança em mim me apoiando em tudo, que é parte de toda a minha vida e vibra em cada conquista e é meu orgulho tendo paciência pela minha ausência durante todo o tempo.

Agradecimentos

A **minha orientadora, Lenice Muniz de Quadros**, agradeço a sua presença permanente e apoio ao longo do curso. Sua compreensão em todos os momentos de dificuldade que tive.

A **Todos da UBS da COHAB Guabiroba em especial a minha equipe**, pela compreensão, amizade e apoio incondicional e pela ajuda na implementação da intervenção das ações desta Especialização.

Em **especial ao meu amigo Mauricio**, que com tanto amor e amizade me acompanhou nos diversos momentos que passei desde que cheguei no Brasil.

Aos **usuários** que me acolheram junto à comunidade e me permitiram ajudá-los com este projeto colaborando de todas as formas.

A **todos** que de uma forma ou de outra me ajudaram neste processo, desde que cheguei ao Brasil.

RESUMO

ELIZARDE, Omari Yelina Jiménez. **Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertensos e Diabéticos na UBS/ESF Cohab Guabiroba, Pelotas/RS.** 2015. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Departamento de Medicina Social, Modalidade à Distância, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, 2015.

Hipertensão e Diabetes são doenças crônicas não transmissíveis e estão entre as responsáveis pela alta morbimortalidade no Brasil e também no mundo inteiro, hoje prioridade da saúde pública, na prevenção de fatores de risco como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis, da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco. O trabalho de conclusão de curso apresenta a experiência vivenciada mediante atuação em uma Unidade Básica de Saúde – Estratégia Saúde da Família, situada na Cohab Guabiroba em Pelotas. O foco de atuação foi na melhoria da atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos, tendo como referência os Cadernos de Atenção Básica números 36 e 37 do Ministério da Saúde e as fichas-espelho e planilhas de coleta de dados disponibilizados pelo curso. Mediante análise situacional (2014), percebemos que havia necessidades de conhecer a condição dos usuários hipertensos e diabéticos, para melhoria da cobertura e dos serviços ofertados a essa população, pois temos um grande número de moradoras da área que nunca freqüentaram os serviços da unidade, fazendo com que a atenção fosse deficiente. Outras necessidades incluíram a ausência de monitoramento das ações de prevenção adequado, a dificuldade de adesão do tratamento, o reduzido número de atividades educacionais de prevenção e promoção à saúde. Os dados foram coletados por meio de ficha espelho e planilha de coleta dados. Durante as 16 semanas da intervenção tínhamos como meta cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Na área de minha equipe estimasse que tenhamos 608 hipertensos com 20 anos ou mais, no primeiro mês de intervenção cadastrei um total de 66 usuários (10,9%), ao segundo mês o número era de 137 hipertensos cadastrados (22,5%), no terceiro mês de intervenção o número alcançado foi de 154 hipertensos (25,3%) e finalizamos o quarto mês com um total de 243 hipertensos cadastrados o que equivale a 40% da estimativa de hipertensos em nossa área, foi possível chegar a uma cobertura de 243 usuários (40%) para hipertensos e de 59 (39,3%) para diabéticos, tendo atingido no final das 16 semanas 100% de usuários com exame clínico realizado de forma apropriada e com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ainda solicitei a todos exames complementares e realizei a estratificação de risco cardiovascular em 100%. Chego ao final da intervenção com bons resultados e com uma equipe pronta para incorporar a intervenção na rotina de trabalho, espero cada vez mais qualificar as práticas e assim prestar uma atenção qualificada e integral aos nossos usuários. Conclui-se que há ainda necessidade de melhorias no serviço, como o aumento de consultas dos hipertensos e diabéticos, havendo necessidade também de um trabalho maior da equipe com essa população e maior comprometimento da gestão e dos usuários, favorecendo tanto o processo de trabalho quanto os resultados.

Palavras Chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 01	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.....	40
Figura 02	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.....	41
Figura 03	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	42
Figura 04	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	42
Figura 05	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	43
Figura 06	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	44
Figura 07	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	45
Figura 08	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	45
Figura 09	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	46
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	47
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	48
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	48
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	49
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	50
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	51
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	51
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	52
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	53
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	53
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.....	54
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	55
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	55
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	56
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	57

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAIC	Centro de Atendimento Integral Criança
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBAI	Unidade Básica de Atendimento Imediato
UFPEL	Universidade federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

1	Análise Situacional.....	9
1.1	Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) 9	
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3	Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional .	15
2	Análise Estratégica	17
2.1	Justificativa.....	17
2.2	Objetivos e Metas.....	19
2.2.1	Objetivos Específicos:.....	19
2.2.2	Metas:	19
2.3	Metodologia.....	21
2.3.1	Ações.....	21
2.3.2	Indicadores.....	25
2.3.3	Logística.....	31
2.3.4	Cronograma	33
3	Relatório da Intervenção	34
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	34
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	37
3.3	Aspectos relativos a coleta e sistematização dos dados.....	37
3.4	Viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço.....	38
4	Avaliação da Intervenção.....	39
4.1	Resultados	39
4.2	Discussão.....	57
5	Relatório da Intervenção para os Gestores.....	59
6	Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	61
7	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	63
	Referências	64
	ANEXOS	65

Apresentação

Este volume é o trabalho de conclusão de curso da quinta turma de especialização em Saúde da Família UNASUS UFPel, está dividido em 5 capítulos: 1. Relatório da Análise Situacional, 2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, 3. Relatório da Intervenção, 4. Relatório dos Resultados da Intervenção e 5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

Unidade 1 Análise Situacional foi realizada o reconhecimento do território através da estrutura, processo de trabalho e ações programáticas que embasaram a Unidade 2 para fins de definição do foco e da ação programática a ser desenvolvida.

Unidade 2 Análise Estratégica consistiu na elaboração do projeto de intervenção.

Unidade 3 Avaliação da intervenção com duração de 16 semanas na qual descreve a intervenção realizada na unidade de saúde.

Unidade 4 Avaliação da intervenção possibilitou avaliar resultados, realizar a discussão e dar visibilidade ao gestor e comunidade acerca das potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção.

Unidade 5 Reflexão Crítica sobre o processo de aprendizagem no decorrer do curso e na implementação da intervenção.

Unidade 6 Referencias e anexos contendo as referências utilizadas neste trabalho bem como os anexos.

1 **Análise Situacional**

1.1 **Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Cohab Guabiroba é tradicional, tem estrutura física pequena, precisa de reforma e tem duas equipes de trabalho. A população é de 16080 habitantes distribuídas em 5360 famílias. Os atendimentos são feitos pelos 05 médicos, 02 são do programa mais médicos, 02 clínicos gerais, 01 nutricionista, 01 assistente social. Trabalhamos pela implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda não temos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os controles das doenças crônicas não transmissíveis são feitos quando eles chegam procurando atendimentos, os atendimentos não são agendados nem registrados, temos uma lista de medicação essenciais mas nem sempre todos os medicamentos estão disponíveis. Os medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas são insuficientes, não temos medicação para uso de urgência, nem oxigênio para casos agudos, nem equipe de sutura e anestesia local.

A existência de sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário é insuficiente, a revisão de calibragem de esfigmomanômetro, balança de criança e adulto é a cada um ano. Na UBS não temos acesso à internet, nem computadores necessários para a digitalização dos prontuários, das consultas, casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais tanto na UBS como nas visitas domiciliares, permite melhores intervenções em saúde de prevenção e promoção da saúde, em geral fazer atendimento com qualidade à nossa população.

Ainda faltam muitas coisas para fazer no sentido de ações de ESF, sendo que atualmente, realizamos também atendimento de urgência e emergência, não tendo todos os recursos necessários, entretanto, curativos, alguns procedimentos,

notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis estão sendo realizados. As reuniões de equipe ainda não se efetivaram, não temos equipe completa.

A Secretaria de Saúde está estudando alternativas para melhor, acomodar as equipes.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Pelotas é um município do Rio Grande do Sul, Brasil. Está localizada a 250 quilômetros de Porto Alegre, a capital do estado ocupando uma área de 1609 km. A população é (328.275 hab.), cerca de 92% da população total residindo na zona urbana do município. Foi em 1780, que o Português José Pinto Martins, abandona o estado do Ceará em consequência da seca, fundando às margens do Arroio Pelotas a primeira Charquada. A prosperidade do estabelecimento, favorecida pela localização, estimulou a criação de outras charqueadas e o crescimento da região, dando origem à população que demarcaria o início da cidade de Pelotas. O nome indígena originou-se das embarcações de varas de corticeira forradas de couro, usadas para na época das charqueadas. Todos os anos é realizada a tradicional Fenadoce -Feira Nacional do Doce.

O clima é subtropical úmido ou temperado, os verões são tépidos e com precipitações regulares, enquanto os invernos são frios, com temperaturas mínimas absolutas do ano entre -2 e 0 °C.

A Saúde conta com: 07 Hospitais deles 5 atendem pelo Sistema Único de Saúde(SUS). Os mais tradicionais da cidade são Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Beneficência Portuguesa, 50 Unidades Básicas de Saúde sendo, 38 Estratégia Saúde da Família, 25 Tradicionais, 08 CAPS, 05 Unidades de SAMU, 02 Pronto Atendimentos Municipais, 01 Centro de Especialidades em Saúde, 01 Laboratório Municipal, 01 Hemocentro Regional, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entre outros serviços.

A densidade demográfica é 205 hab./km quadrados, o PIB Per capita de 10.386,48 (2010), população em extrema pobreza de 3,22 (2010), e população com plano de saúde é de 15,87 (junho/ 2013).

As equipes e coberturas do município de Pelotas, possui população para cálculo de PAB -Fixo (Faixa 3- 24,00 per capita), de 329.435 habitantes, corresponde a. R\$ 566.222,92 de repasse mensal. Apresenta cobertura de Atenção

Básica de 70.71% considerando Estratégia de Saúde da Família com cobertura de 37.00%.

A situação da implantação da (s) Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde e NASF (agosto 2013), é de 229 agentes comunitário e 185 sendo implantados, faltam muitas unidades precisando deles nas equipes de saúde sendo uma necessidade para o trabalho na saúde da família. O município possui 11.098 famílias beneficiadas do Programa BOLSA FAMILIA destas 9.766 são acompanhadas pela Atenção Básica com 88.07%. (Pelotas, 2014)

A UBS de Cohab Guabiroba é urbana e de fácil acesso, sua estrutura física é pequena e tem pouco espaço, precisa de reforma, também a ventilação e iluminação não são suficientes.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta feira das 8h.00horas às 17h.30 com intervalo de meio dia, tem 02 equipes de trabalho, composta pelos 05 médicos (02 especialistas de medicina geral do Programa Mais Médico, 02 clínicos geral, 01 ginecologista), 01 nutricionistas, 01 assistentes social, 02 enfermeiras, 02 técnicos em enfermagem, 03 recepcionistas, 01 higienizador e 01 dentista.

A população é de 16080 habitantes distribuídos em 5360 famílias (estimativa), Que são acompanhadas por profissionais da saúde com experiência em atenção primaria, dentre eles o médico de família que tentam informar e orientar a sua comunidade, é feito também atendimento de urgência, de mulheres e criança, idosos, adolescentes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melittus (DM), doenças transmissíveis e não transmissíveis, visita domiciliar a usuários acamados envolvendo-os na priorização das demandas de saúde da população.

A estrutura física da unidade tem recepção, sala de curativos, consultório odontológico, 03 consultórios médicos, sala de vacina, dois banheiros, um corredor, cozinha, não tem sala de reuniões, sala de medicamentos, não temos barreiras arquitetônica para o acesso de pessoas com deficiências físicas motora.

Sem cadastro ainda da população de nossa área de abrangência, tem constituído o Conselho Local de Saúde.

Os profissionais da UBS realizam ações de educação, de rastreamento para algumas doenças ou agravos, de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para o controle do peso corporal, a prática de atividades física, orientações de hábitos de consumo excessivo de álcool, de tabagismo e drogas.

O atendimento de saúde da criança em geral na UBS tem que mudar, as consultas de puericultura, a estimativa é que tenham um total de 160 crianças menores do 12 meses, é feito o estímulo a implementação ao aleitamento materno, apoio aos prematuros e baixo peso, prevenção de doenças respiratórias e diarreias, na tentativa de redução da mortalidade infantil no município. Ainda são poucos os atendimentos acho que as mães procuram especialista em pediatria, os que procuram a UBS são atendidos pelas profissionais em geral e odontologia.

Nossa equipe faz atendimento a gestantes, a estimativa é de 161 gestantes na área, recém-nascidos e criança em consultas de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde, elas são registradas nos prontuários e cadernetas das crianças onde se preenchem as informações das crianças, seu crescimento e desenvolvimento, as vacinas, aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, prevenção de acidentes, violências, saúde bucal, anemias. Aquelas crianças que precisam avaliação pelo especialista, nutricionistas, bolsa família, psicologia, assistente social, são encaminhadas. Ainda não temos grupos de mães. Não posso preencher o caderno de ações programáticas com os dados de atraso da consulta em mais de sete dias, com teste de pezinho, até sete dias, em primeira consulta, triagem auditivo, não temos esses registros.

Não é possível fazer a avaliação e monitoramento do programa de puericultura sem cadastramento da população. Sendo a consulta de puericultura, as visitas domiciliares a criança necessárias para a orientação das mães quanto os cuidados do recém-nascido, crescimento e desenvolvimento, alimentação e avaliação do estado nutricional, calendário vacinal, orientações e esclarecimento de dúvidas dos pais e/ou cuidadores, avaliarem condições familiares, ambientais e sociais. Estamos tentando mudar o acompanhamento de nossa equipe em relação ao cuidado as gestantes, a criança com uma boa organização do processo de trabalho com ESF.

Em minha UBS o atendimento a gestante é feito pela ginecologista, as consultas são agendadas para quinta feira no horário da tarde, onde são atendidas 3 grávidas por dia, as gestantes são diagnosticadas nesse momento é feita a captação o preenchimento do SIS pré-natal e são solicitados os exames iniciais. A maioria das gestantes procura clínicas privadas, não voltando, por isto lamentavelmente não temos um monitoramento exato delas, ainda mais que não temos cadastramento da população, ainda não temos agentes comunitários para o melhor controle e só 7%

do estimado de gestante sé assistida na UBS, não tem uma avaliação pela equipe de trabalho: nutricionista, assistente social e odontologia.

Ainda aguardamos ter implantado a estratégia de saúde da família com uma equipe completa. Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal, é necessário que a equipe compreenda a pessoa na sua totalidade e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico. Estabelecer novas bases para o relacionamento dos profissionais, usuários e gestores envolvidos na atenção que possam diagnosticar, tratar e recomendar os melhores passos a seguir. Precisamos de mais trabalho para consolidar os serviços de saúde. A morte materna e neonatal continua sendo problemas relevantes no Brasil, está clara a necessidade de esforço coletivo de setores governamentais e não governamentais, a participação social, além do diagnóstico e tratamento adequado aos problemas que possam vir a ocorrer nesse período.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave da saúde pública no Brasil, também é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco das complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal, precisa-se implantar um controle das pessoas doentes com protocolos e recomendações existentes e um maior acesso a medicamentos, modificações de estilo de vida, alimentação adequada quanto ao consumo de sal, prática de atividade física, controle de peso, de tabagismo e uso excessivo de álcool.

O número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS não é conhecido pois não temos agentes comunitários ainda que cadastrem nossa população, estimasse que no território tenha um total de 2.446 hipertensos com 20 anos ou mais. A avaliação e realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é feita pelos médicos, existe atraso de consultas agendadas em mais de sete dias, em alguns usuários, assim como a realização de exames laboratoriais periódicos, a orientação sobre a prática de atividade física regular, a orientação nutricional para alimentação saudável é realizada nas consultas médicas, alguns tem a avaliação de saúde bucal no dia, mais fazemos controle, registramos nos prontuários dos doentes com identificação de riscos, medicação e mudanças de estilo de vida.

A Diabetes Mellitus é uma doença que muitas pessoas podem permanecer assintomáticas por longo tempo e sua detecção clínica é freqüentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos fatores de risco: hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade. Faz-se necessária a abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia a fim de oferecer o tratamento mais precoce, recomendar mudanças no estilo de vida, prevenção de complicações como ulceração nos pés, responsável pelas amputações não traumáticas de membro inferior. Infelizmente neste ano, foi feita a amputação em uma usuária de nossa população.

Não temos um bom registro que permita o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas, as complicações e medicações são registradas nos prontuários pelos profissionais, não podemos fazer uma avaliação dos indicadores de qualidade completo por não ter registro destes usuários, mas tentamos fazer atendimentos de qualidade

As doenças crônicas não transmissíveis em idosos, hipertensão, diabetes são freqüentes e precisa-se do controle para prevenção de complicações que podem resultar em seqüelas e invalidez das pessoas, o controle de fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade).

O envelhecimento é um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o maior desafio na atenção da pessoa idosa é contribuir para que apesar das progressivas limitações que possam ocorrer eles possam ter possibilidade de viver sua própria vida com o máximo de qualidade possível. As pessoas idosas têm doenças e agravos agudos e crônicos, transmissíveis e não transmissíveis, estado permanente ou de longa permanência que requerem o acompanhamento constante pois, em razão da natureza não tem cura. Essas condições crônicas são manifestas de forma expressivas nas idades mais avançadas e podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos, e por isso que nós, profissionais de saúde, temos que ajudar a manter o melhor estado de saúde possível com ações coletivas na comunidade e atividades de grupo

Não foi possível o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas com o número de idosos com 60 anos de idade ou mais residente na área e acompanhados na UBS, a estimativa é de 1.608 idosos na área, o informe de número de idosos com caderneta, realização de Avaliação Multidimensional Rápida, acompanhamento em dia, HAS, DM, Avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para atividade física regular, de avaliação de saúde bucal em dia porque não temos cadastro da população.

Em minha unidade precisamos da implantação da ESF para conhecermos nossa população, e trabalharmos conforme as necessidades de nossa área. O atendimento em consulta assim como a visita domiciliar quando são solicitados pelos familiares, é feito todos os dias e são registrados nos prontuários, ainda não trabalhamos com nenhum protocolo específico para o atendimento da pessoa idosa, já que não temos no posto, tentamos trabalhar com um grupo para contribuir que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Com relação a tarefa dois eu posso falar que ainda persistem as seguintes dificuldades: Não foi feita a reforma do posto de saúde, a equipe profissional está incompleta, ausência de espaço físico adequado multiprofissional, em resumo: são muitas mudanças necessárias. Os profissionais tentam melhorar os atendimentos em consultas e fazer visita domiciliares, trabalhar com os diferentes grupos, as palestras são feitas nas Igrejas, dentro do possível são realizadas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação.

1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Transcorridos três meses de curso de especialização a UBS já está implantando a ESF, mas ha muitas dificuldades ainda, como a realização da reforma do posto, falta acesso nos encaminhamentos para especialistas e exames de média complexidade permanecem na mesma situação. Encaminhamentos para especialistas assim como exames seguem com tempo de espera, muitas vezes, indeterminado ou quando agendados não atendem mais a necessidade do usuário, que já passou a ser outra, ou já realizou no sistema privado.

Na análise situacional foi possível identificar as fragilidades do serviço, bem como as necessidades da população, servindo como uma radiografia do serviço, embasando para escolha do foco no qual realizarei a intervenção. Também me possibilitou atuar “em saúde” conforme necessidade da população através da estrutura, processo e resultados que não podem ser dissociados para a avaliação dos serviços, que muitas vezes não são levados em conta pelos profissionais.

Comparando a visão da ESF desse relatório com o texto feito no início do curso sobre a situação da ESF no serviço verifiquei que a linha de distância da realidade vivida com o ideal preconizado pelo SUS ficou maior. Há muitas falhas de estrutura e processo de trabalho que precisam ser corrigidas e que antes desconhecíamos essa necessidade. Esse processo de investigação e reflexão me fez repensar a maneira do meu trabalho e me estimulou a buscar mudanças que trarão mais qualidade ao atendimento ao usuário. É uma longa batalha a ser travada, mas que trará muitos benefícios e será recompensador. Também posso citar que ao vislumbrar a unidade de forma mais aprofundada, repensei sobre a influência que a estrutura, por exemplo, tem sobre o processo de trabalho e o resultado. No caso, o trabalho dos profissionais está intrínseco a uma oferta laboral satisfatória, e conseqüentemente, a atenção e assistência ao usuário.

2 Analise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão e Diabetes é o tema de minha intervenção. São responsáveis pela alta morbimortalidade no Brasil e também no mundo inteiro, hoje prioridade da saúde pública na prevenção de fatores de risco como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis, da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco. Além de serem doenças crônicas não transmissíveis são também fatores de risco maiores para ocorrência de doenças cerebrovasculares. Existem dificuldades no controle destes usuários em nossa UBS, a maioria dos usuários só comparece as consultas procurando remédios controlados, não consultas de seguimento pela prevenção de complicações como: angina de peito, infartos agudos de miocárdio, derrames cerebrais entre outras.

A hipertensão arterial contribui para mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. A diabetes mellitus líderes como causa de cegueira, doenças renais, e amputação, e expõe a um aumento de mortalidade principalmente por eventos cardiovasculares.

O cuidado integral ao usuário com diabete e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o usuário a mudar seu modo de vida, assegurando o vínculo usuário, equipe de saúde e atividades de educação em saúde. Também para efetiva adesão do usuário nas ações, além dessas ações comunitárias que incentivam a uma cultura que promove estilos de vida saudáveis.

A UBS da Cohab Guabiroba é urbana e de fácil acesso, sua estrutura física é pequena e tem pouco espaço, precisa de reforma, também a ventilação e iluminação não são suficientes. Tem recepção, sala de curativos, consultório odontológico, 03 consultórios médicos, 01 salas de vacina, 02 banheiros, 01 corredor, 01cozinha. Não tem sala de reuniões, não tem local adequado para os medicamentos, não temos

barreiras arquitetônica para o acesso de pessoas com deficiências físico motora. Tem 02 equipes de trabalho, composto por 05 médicos (02 especialistas em medicina geral do Programa Mais Médico, 02 clínicos gerais), 01 nutricionista, 01 assistente social, 02 enfermeiras, 02 técnicos em enfermagem, 03 recepcionistas, 01 dentista e 01 ginecol.

A população da área de abrangência é de 16080 habitantes distribuídos em 5360 prontuários e por idades: menores de um ano: (48), menores de 5 anos (96) de 5 a14 anos (593), de 15-59: (2620), de 60 e mais : (546).

Temos uma população alvo da ação programática de HAS: (894) e DM de (255) usuários.

Os profissionais em geral fazem atendimentos em consulta e algumas visitas domiciliares, ações de educação, de rastreamento para algumas doenças ou agravos, de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para o controle do peso corporal, a prática de atividades física, orientações de hábitos de consumo excessivo de álcool e de tabagismo.

Em minha unidade precisa-se de implantação da ESF para conhecer nossa população, e trabalhar em nossa área. O atendimento em consulta assim como a visita domiciliar quando são solicitados pelo familiar, é feito todos os dias e são registrados nos prontuários, ainda não trabalhamos com nenhum registro para conhecer aos atrasos da consultas e exames complementares periódicos em dia, realizar avaliação de saúde bucal das pessoas, tentamos trabalhar com um grupo para contribuir que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Com a chegada dos profissionais mais médicos a UBS está em fase de adequação para implantar ESF. E neste momento escolhemos a hipertensão arterial e diabetes mellitus para realizar a intervenção sendo assim a primeira ação programática a ser organizada na UBS, já na lógica da ESF. Escolhemos esta ação por ser estas doenças tão prevalentes na população e ao mesmo tempo sensíveis a prevenção.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS/ESF Cohab Guabiroba, Pelotas/RS

2.2.1 Objetivos Específicos:

- 1-Ampliar a cobertura de atendimento a usuários hipertensos e/ou diabéticos;
- 2-Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
- 3-Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
- 4-Melhorar o registro das informações;
- 5-Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- 6-Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.2 Metas:

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos:

Meta 1.1. Cadastrar 40% 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 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Meta2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações:

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

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

Objetivo 5-Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

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

Objetivo 6 - Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Será realizada uma intervenção com usuários hipertensos e diabéticos. O trabalho consistirá em 4 etapas, sendo elas: análise situacional, planejamento, intervenção, com prazo de execução de 4 meses, e avaliação. A população desta intervenção é constituída pelos usuários de 20 anos e mais, portadores das doenças Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, pertencentes a comunidade da área de abrangência da UBS COHAB Guabiroba. Para realizar a coleta de dados serão utilizados os prontuários médicos, a ficha de HIPERDIA e o cadastramento dos usuários feito tanto em atendimentos como visita domiciliar. Os atores envolvidos são os profissionais da equipe de ESF.

2.3.1 Ações

Eixo I - Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e dos diabéticos para todos, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos. Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e carteira do diabético, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do diabético, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do diabético, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso/diabético, a ser realizado pela médica.

Eixo II - Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe na intervenção a ser realizada com usuário hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013, a ser realizado pela médica.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Realizar cronograma de atualização de profissionais sobre Diabetes Mellitus, a ser realizado pela médica.

Ação: Disponibilizar versão atualizada do protocolo impresso do Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013, na unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar à Secretaria Municipal de Saúde a impressão do Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013. A ser realizado pela médica.

Ação: Estabelecer sinais de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso. A ser realizado pela médica. Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentação do Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Realizar consulta médica e solicitar exames complementares conforme protocolo. A ser realizado pela médica.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para decidir o responsável pelo estoque de medicamentos. A ser realizado pela médica e enfermeira.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Implantar planilha de entrada e saída de medicamentos na UBS a ser realizado pela médica e pela enfermeira.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuário s hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pela médica.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de equipe para capacitação dos profissionais sobre os protocolos adotados pela unidade de saúde. A ser realizado pela médica.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus.

Detalhamento: Realizar cronograma de atualização de profissionais sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus. A ser realizado pela médica.

Ação: Disponibilizar versão atualizada do protocolo impresso do Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus 2013, na unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar à Secretaria Municipal de Saúde a impressão do Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pela médica.

Eixo III - engajamento público

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

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A ser realizado pela médica.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A ser realizado pela médica.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à necessidade de realização de exames complementares. A ser realizado pela médica.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Realizar consulta médica e orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. A ser realizado pela médica e demais membros da equipe.

Eixo IV - Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Detalhamento: Capacitar a equipe durante a reunião. A ser realizado pela médica.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentar e discutir o Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pela médica.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. A ser realizado pela médica e enfermeira.

2.3.2 Indicadores

Descrição dos indicadores utilizados para monitoramento da intervenção.

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

Meta 1.1. Cadastrar 40% 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 40% dos diabéticos 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.

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: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde c

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Em nosso trabalho de intervenção no programa de hipertensão arterial e diabetes vamos adotar o Manual técnico de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2006. Utilizaremos a ficha de hipertensos e diabéticos (onde estão as informações sobre o acompanhamento de saúde bucal, atendimento agendado ou espontâneo e as visitas domiciliares) e a ficha espelho disponíveis no Município. Será realizada a preparação da médica, da enfermeira e da técnica de enfermagem sobre para a coleta de dados e o monitoramento das diferentes intervenções com usuários diabéticos e hipertensos. Começaremos a intervenção com uma capacitação a equipe de saúde sobre o Manual, sobre os principais sintomas das enfermidades, os exames laboratoriais, os fatores de risco modificáveis, em horário das 3.00Hs - 5.00Hs a cada 15 dias na UBS, onde falaremos destas doenças, que são muito frequentes em nossa área de abrangência. A maior parte do seu curso é assintomática, cada profissional da equipe estudará uma parte do Manual e exporá o conteúdo ao restante dos integrantes da equipe de saúde. Estimamos alcançar com a intervenção 243 hipertensos e 150 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 468 fichas espelho necessárias e para imprimir estas que serão anexadas às fichas-espelho.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisara o livro de registro identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para controle nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exame clínico e laboratorial em atraso e vacinas em atraso.

Será procedimento padrão a tomada da pressão arterial em maiores de 20 anos que acessarem a UBS. Utilizaremos esfigmomanômetro, manguito já disponibilizados e com revisão de calibragem. Está medida se realizará em ambiente calmo, com temperatura agradável, certificação do que o usuário não está com a bexiga cheia, não praticou exercício físico há 60_90 minuto, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minuto antes, não está com as perna cruzadas, a pressão será tomada pela médica, a enfermeira ou técnica de enfermagem, sempre aproveitando o contato com o usuário, seja, em consulta, nas visita domiciliares ou quando se trabalhe com o grupo já constituído.

O acolhimento dos usuários será feito pela recepcionista e técnica de enfermagem todos os dias, os usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno, com a primeira avaliação pela enfermeira, se precisarem atendimento médico serão encaminhados. As consultas de controle as doenças terão prioridade no agendamento. Sempre deixaremos consultas disponíveis para pronto atendimento e atenção prioritária se preciso.

Na comunidade, se falará da importância do controle das doenças de forma regular. Faremos contato com associação de moradores e com representantes das comunidades, utilizando as igrejas, as escolas e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância dele. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a identificação de doentes, assim como os possíveis fatores de risco modificável (tabagismo, obesidade, stress, etc.).

Em visitas domiciliares os profissionais da saúde farão a busca ativa de usuários faltosos aos atendimentos e aproveitaram para educá-los quanto a importância de seu seguimento e controle de sua enfermidade assim como e uso contínuo de sua medicação, realização de exercício físico e manter alimentação saudável.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Diversas ações com as quais me comprometi no meu projeto foram cumpridas de forma integral. As maiores dificuldades que encontrei foram à falta de agentes comunitários de saúde, falta de dados nos prontuários da unidade, demora para realizar o cadastramento dos usuários, falta de comprometimento dos demais membros da unidade, demora nos exames complementares e uma série de outras dificuldades que impediram o desenvolvimento integral das minhas ações. A seguinte ação conseguiu realizar de forma integral:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados (em atendimentos e visita domiciliar) no Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus. O cadastro dos diabéticos e hipertensos foi realizado pela equipe na própria UBS e nos grupos constituídos. Todos usuários com mais de 20 anos, que acessaram a UBS tiveram verificada sua pressão arterial sistêmica e realizado hemoglicoteste para detectar possíveis diabéticos e hipertensos que não eram sabedores de sua doença. Para monitorar a cobertura semanalmente a enfermeira e a médica checaram as fichas disponibilizadas pelo curso e os prontuários.
- No eixo da Organização e gestão do serviço: Foi garantido o registro de hipertensão e diabetes cadastrados no programa através da ficha espelho. Para melhorar o acolhimento os profissionais foram capacitados e sensibilizados quanto à importância dos dispositivos para aumentar o vínculo com os hipertensos e diabéticos. Foi priorizado o atendimento,

com agenda aberta por demanda programática ou atendimento espontâneo. Foi solicitada ao gestor a garantia do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfimomanômetro, mangitos, fita métrica e para realização do hemoglicoteste) na unidade de saúde.

- Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos no eixo Monitoramento e Avaliação: Foi monitorada a realização dos exames laboratoriais de acordo a Protocolo e com a periodicidade recomendada, e o acesso a medicamentos existentes na UBS ou na farmácia popular.
- No eixo Engajamento Público: houve orientação aos hipertensos e diabéticos cadastrados e com a comunidade sobre as vantagens de realizar tratamento conforme preconizado de suas doenças para evitar complicações como doenças cardiovascular, renal e neurológica, ensinando a identificar sinais e sintomas destas doenças, assim como o cuidado dos pés, avaliando periodicamente a sensibilidade e a sincronização dos pulsos de membros inferiores. A equipe orientou aos usuários e comunidade sobre seu direito a acesso aos medicamentos, seja, na UBS, farmácia popular e no momento que o usuário é cadastrado no HIPERDIA.
- No eixo Engajamento Público: Foi orientada e informada a comunidade sobre a importância das consultas destas doenças, esclarecendo aos portadores também sobre a periodicidade para a realização das consultas de acordo a protocolo.
- No eixo do Monitoramento e avaliação: Foi monitorada a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde através da revisão da ficha espelho e prontuários semanalmente, verificando se todas as informações em relação a consultas ou visita domiciliar, assim, como cumprimento das orientações de promoção e prevenção de risco.
- No eixo Organização e Gestão do Serviço: Foram atualizadas as informações do SIAB, foi implantada planilha/registro específico de acompanhamento, pactuado com a equipe o registro das informações, foi implementado “bilhetes lembretes” nos prontuários pela médica para melhor viabilizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de

consultas de acompanhamento, na realização de exames complementares, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença.

Algumas ações não consegui realizar de forma integral, as atividades que envolviam a equipe toda, são um exemplo, já que fiquei um bom tempo sem uma equipe completa. Algumas atividades como busca ativa eu realizava com a ajuda de uma assistente social da unidade, mas não com a mesma intensidade que gostaria. Esta ajuda de alguns profissionais me permitiram dar seguimento em minha intervenção mesmo sem uma equipe completa. Abaixo as ações que realizei de forma parcial:

- No eixo Organização e Gestão do Serviço: será garantida por cada membro da equipe a realização do exame clínico de qualidade aos portadores de hipertensão e/ou de diabetes, a realização de exames laboratoriais recomendado de acordo ao protocolo disponibilizado pelo Ministério da Saúde, garantindo agilidade na realização destes exames complementares pelo gestor municipal, a equipe realizará a dispensação e farão registro da mesma os medicamentos necessários e imprescindíveis para todos os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrado.
- No eixo Engajamento Público: será orientada e informada a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde através de cartazes fixados na UBS, e também será informado em consultas, nas visita domiciliar, nas reunião com a comunidade, palestra e pela rádio comunitária, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos uma vez anualmente, sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior do que 130/80mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, ações a serem realizada pelo profissionais da equipe de saúde, aproveitando o contato com os pacientes seja em consulta ou visita domiciliar.
- No eixo da Qualificação da Prática Clínica: a equipe será capacitada da unidade de saúde para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de

toda área de abrangência da unidade de saúde, duas horas na tarde, duas vezes por semana na UBS, fundamentalmente a enfermeira e técnica de enfermagem, capacitarão a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito responsabilizando a médica e enfermeira para esta função.

- No eixo Qualificação da Prática Clínica: A médica irá capacitar a equipe da unidade de saúde para a realização do exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos sobre o protocolo a seguir para a solicitação de exames complementares, assim, como o tratamento atualizado para a Hipertensão Arterial e a Diabete Mellitus, haverá a capacitação a equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa no eixo do Monitoramento e Avaliação: a enfermeira e a médica vão monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas prevista no protocolo através da revisão da ficha espelho todas as semanas.
- No eixo Organização e Gestão do Serviço a equipe vai organizar visita domiciliar a cada 15 dias em busca de usuários faltosos a consultas, organizando a agenda para acolhê-la os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa domiciliar.
- No eixo Qualificação da Prática Clínica: a médica irá capacitar a equipe de saúde para orientar os hipertensos e diabéticos quanto a importância e periodicidade das consultas programadas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nenhuma das ações previstas não foi realizada, todas foram realizadas ou integralmente ou parcialmente.

3.3 Aspectos relativos a coleta e sistematização dos dados

A maior dificuldade que encontrei foi com a planilha de coleta de dados. Muitas vezes perdi os dados que havia registrado na planilha tendo que registrar na

planilha novamente. Ainda tive problemas ao longo do projeto com meu notebook que parou de funcionar. O registro dos dados ao final das consultas também foi algo que me tomou bastante tempo devido ao grande número de fichas a serem preenchidas na unidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço

Creio que tudo que desenvolvi neste trabalho tende a continuar e melhorar ainda mais. Estou conseguindo identificar as dificuldades e me planejar para melhorar estes pontos, a equipe completa começou a trabalhar na unidade no final de minha intervenção, mas já estão envolvidos em minha rotina e estamos fazendo o planejamento de atividades que vamos desenvolver ao longo do ano. Com a chegada dos agentes comunitários e com a equipe completa vai ser possível cadastrar todos os usuários de minha área que são hipertensos e/ou diabéticos e assim ampliar a cobertura além de conseguir realizar busca ativa com maior facilidade.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Referentes ao objetivo de ampliar a cobertura da atenção à Hipertensos e Diabéticos de 20 anos ou mais da área adstrita.

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

Meta 1.1.Cadastrar 40% 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.

A intervenção tratou do aumento de cobertura de atendimento a hipertensos, na área de minha equipe. Estimasse que temos 608 hipertensos com 20 anos ou mais. No primeiro mês de intervenção cadastrei um total de 66 usuários (10,9%), no segundo mês o número era de 137 hipertensos cadastrados (22,5%), no terceiro mês de intervenção o número alcançado era de 154 usuários hipertensos (25,3%) e finalizamos o quarto mês com um total de 243 hipertensos cadastrados o que equivale a 40% da estimativa de hipertensos em nossa área conforme mostrado na figura 1.

Ao final dos quatro meses de intervençãoconsegui atingir a minha meta de cobertura a hipertensos que era de 40%.

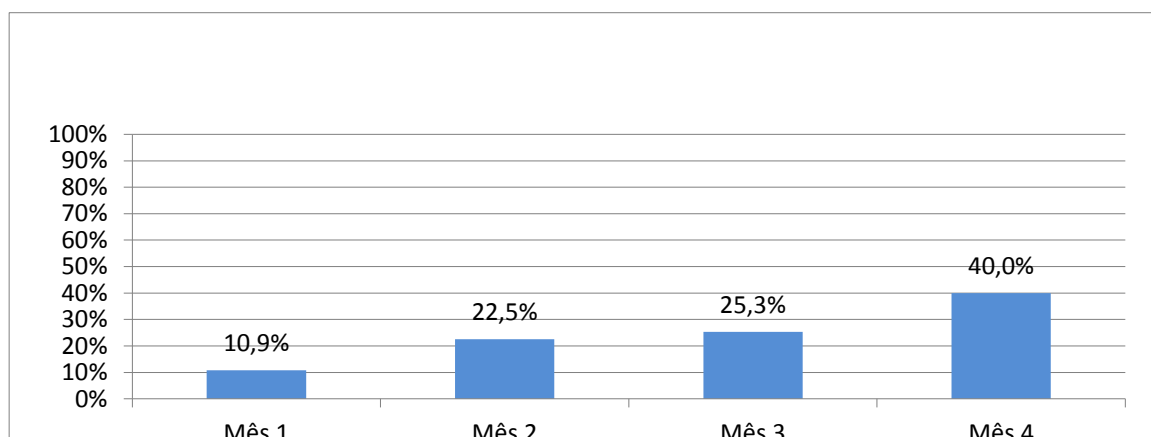


Figura1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Cohab Guabiroba.
Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta 1.2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde (Figura 2).

Em nosso território temos a estimativa de um total de 150 diabéticos com 20 anos ou mais, sendo que no primeiro mês de intervenção cadastrei um total de 15 usuários (10%), no segundo mês o número foi de 37 usuários (24,7%), já no terceiro mês atingi o número de 42 usuários (28%) e ao final do quarto mês de intervenção finalizei com um total de 59 diabéticos que equivale a 39,3% da estimativa total de diabéticos com 20 anos ou mais que residem em minha área.

Na cobertura de atenção aos diabéticos ao final dos quatro meses de intervenção atingi um total de 39,3%, faltou pouco para atingir minha meta de 40% de cobertura, uma das dificuldades que tive foi a falta dos agentes comunitários, se o território já estivesse mapeado creio que a cobertura seria maior e provavelmente teria atingido a meta.

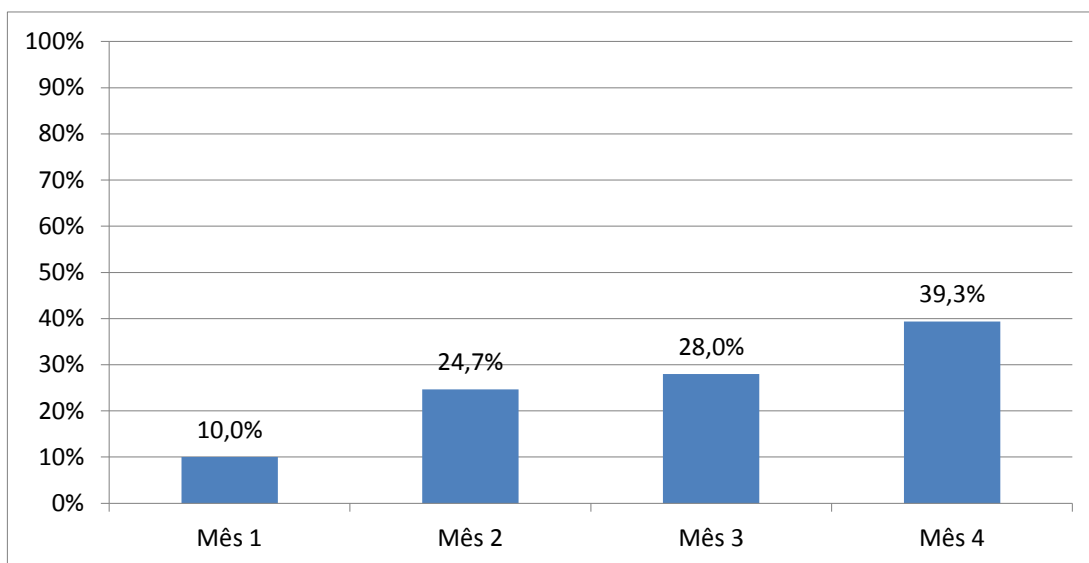


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados.

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

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

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

No primeiro mês de intervenção dos 66 hipertensos que acompanhei consegui realizar o exame clínico apropriado em 65 (98,5%), ao segundo mês dos 137 usuários acompanhados 136 (99,3%) tiveram o exame clínico apropriado, no terceiro mês dos 154, 153 (99,4) tiveram o exame clínico apropriado, ao finalizar o quarto mês todos os 243 (100%) dos usuários tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo (Figura 3).

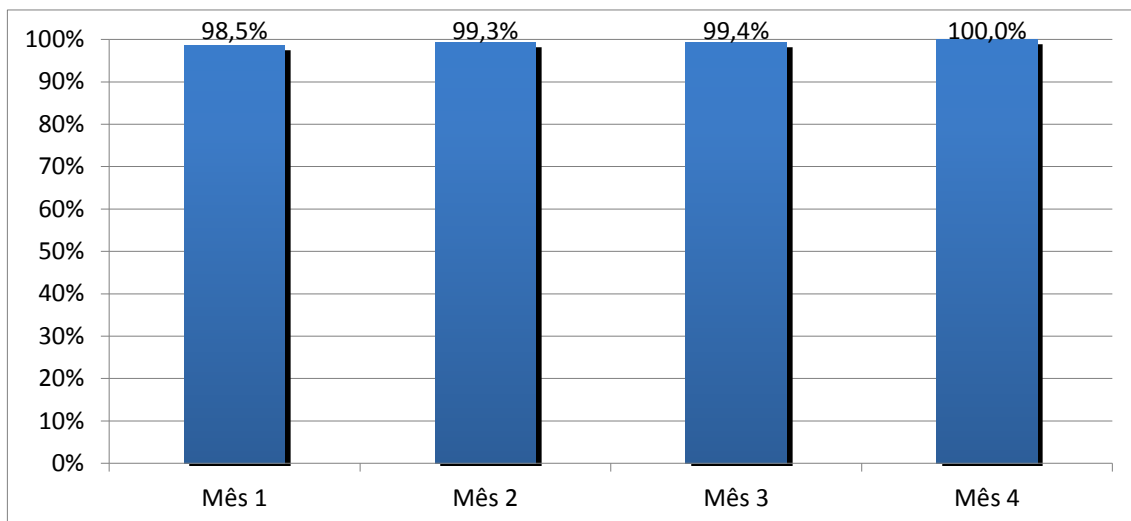


Figura-3 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Com relação aos diabéticos que atendi e realizei o exame clínico apropriado ao final da intervenção, todos os 59 (100%) dos diabéticos atendidos, tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo (Figura 4).

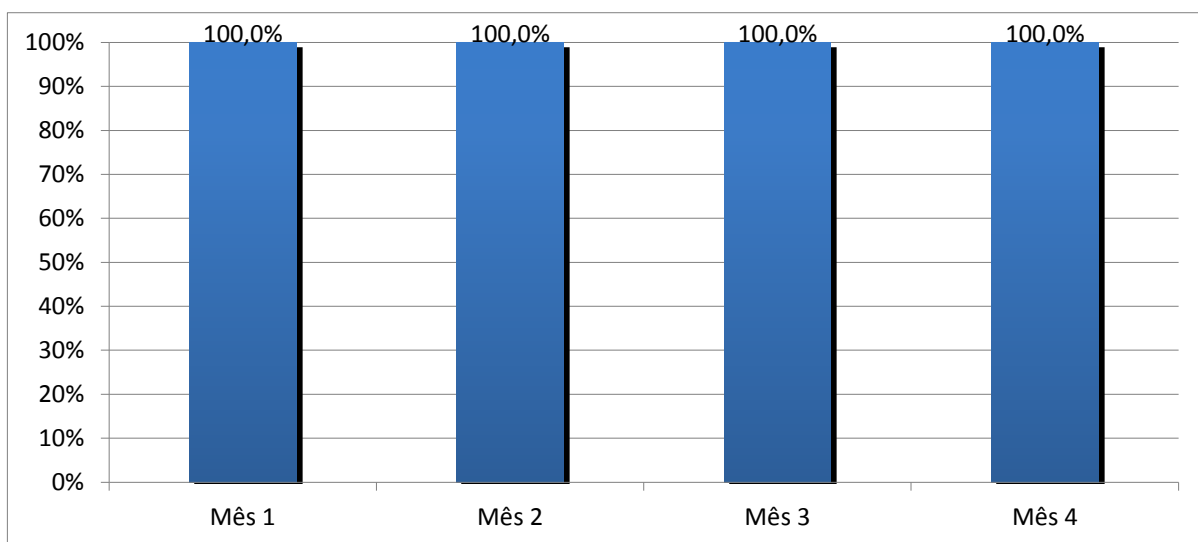


Figura 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Os 66 usuários hipertensos atendidos na unidade no primeiro mês 59 (89,4%) estavam com os exames complementares em dia, ao segundo mês dos 137 usuários atendidos 120 (87,6%) estavam com os exames complementares em dia, no terceiro mês dos 154 hipertensos 135 (87,7%) possuíam os exames complementares em dia, ao final do quarto mês de intervenção dos 243 usuários 237 (97,5%) estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado (Figura 5).

Ao longo da intervenção enfrentei muita dificuldade de conseguir os exames complementares para meus usuários, a demora para a marcação e após a realização a demora para a entrega dos resultados impediu que eu atingisse a meta de 100%.

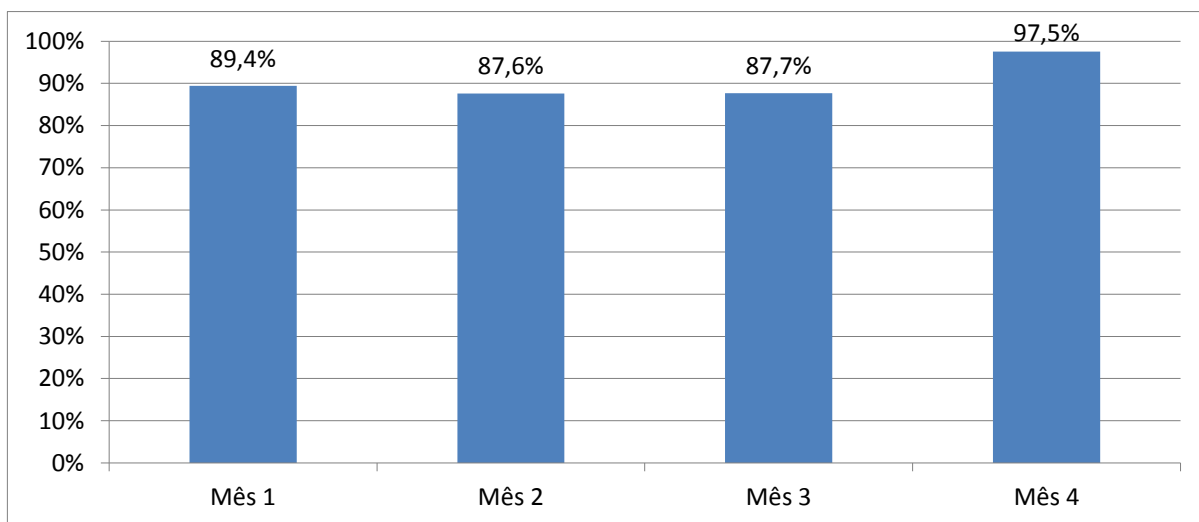


Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte; Planilha Coleta de Dados

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 15 diabéticos atendidos na UBS um total de 14 (89,2%) estava com os exames complementares em dia, no segundo mês dos 37 diabéticos atendidos 33 (89,2%) tinham os exames complementares em dia, já ao final do terceiro mês dos 42 usuários acompanhados 37 (88,1%) possuíam os exames complementares em dia, no final da intervenção fechamos com um total de 59 diabéticos atendidos sendo que destes 57 (96,6%) estavam com os exames complementares em dia (Figura 6).

Ao longo da intervenção enfrentei muita dificuldade de conseguir os exames complementares para meus usuários, a demora para a marcação e após a realização a demora para a entrega dos resultados impediu que eu atingisse a meta de 100%.

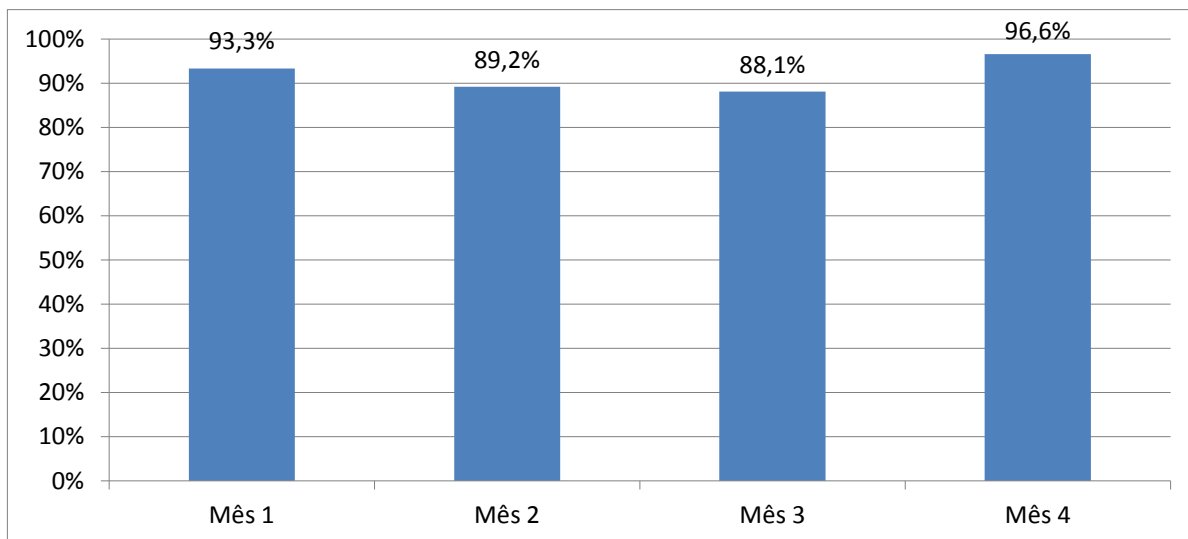


Figura 6- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Todos os Hipertensos que estão sendo acompanhados na unidade possuem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, sendo um total de 66 (100%) usuários no primeiro mês, 137 (100%) usuários no segundo mês, 154 (100%) usuários no terceiro mês, e ao final do quarto mês um total de 243 (100%) (Figura 7).

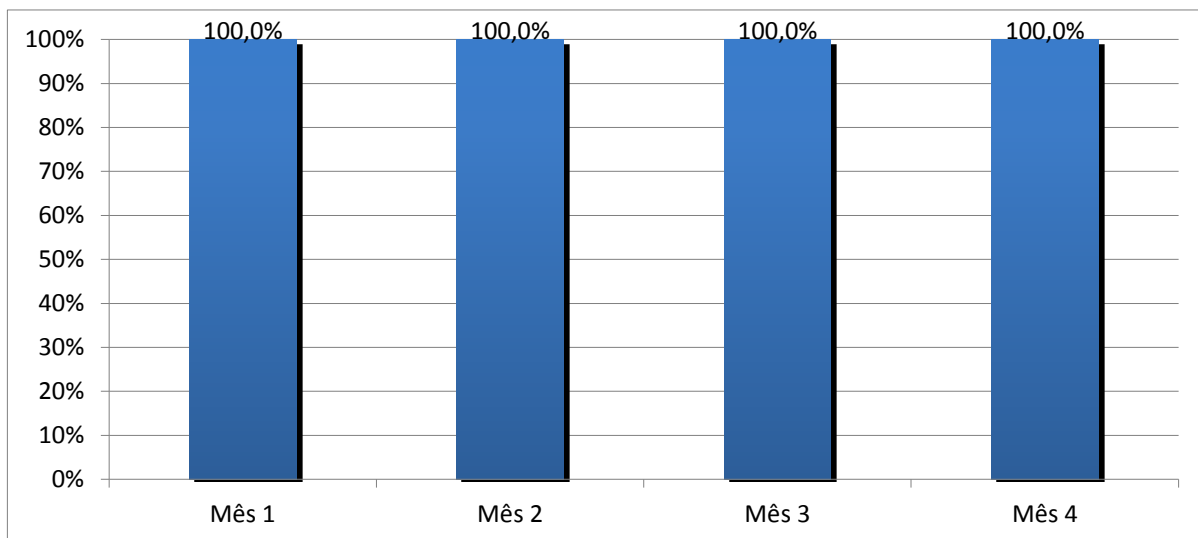


Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Todos os Diabéticos que estão sendo acompanhados na unidade possuem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, sendo um total de 15 (100%) usuários no primeiro mês, 37 (100%) usuários no segundo mês, 42 (100%) no terceiro mês, e ao final do quarto mês um total de 59 usuários (100%) (Figura 8).

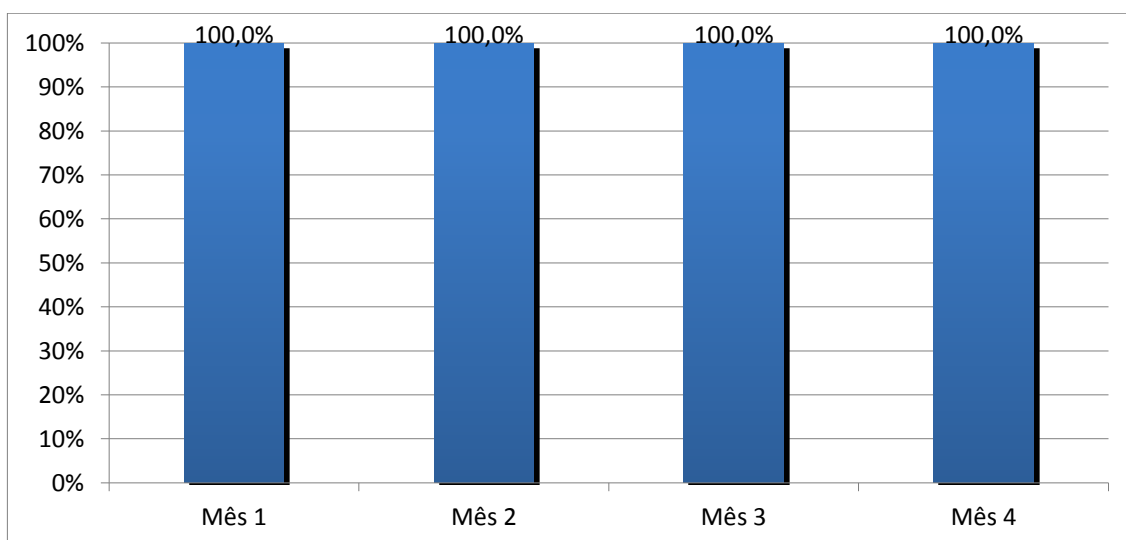


Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

No primeiro mês de intervenção dos 66 usuários hipertensos um total de 26 (39,4%) teve avaliação odontológica, já no segundo mês dos 137 usuários 39 (28%) passaram por avaliação odontológica, ao final do terceiro mês de um total de 154 usuários acompanhados 39 (25,3%) tiveram avaliação odontológica, no quarto mês dos 243 hipertensos acompanhados um total de 41(16,9%) passou por avaliação odontológica (Figura 9).

A dentista de minha unidade muitas vezes negou-se a atender meus usuários justificando que não tem vínculo com a estratégia de saúde da família além de passar várias semanas de licença saúde o que dificultou a avaliação odontológica dos usuários e não me permitiu atingir a meta de 100%.

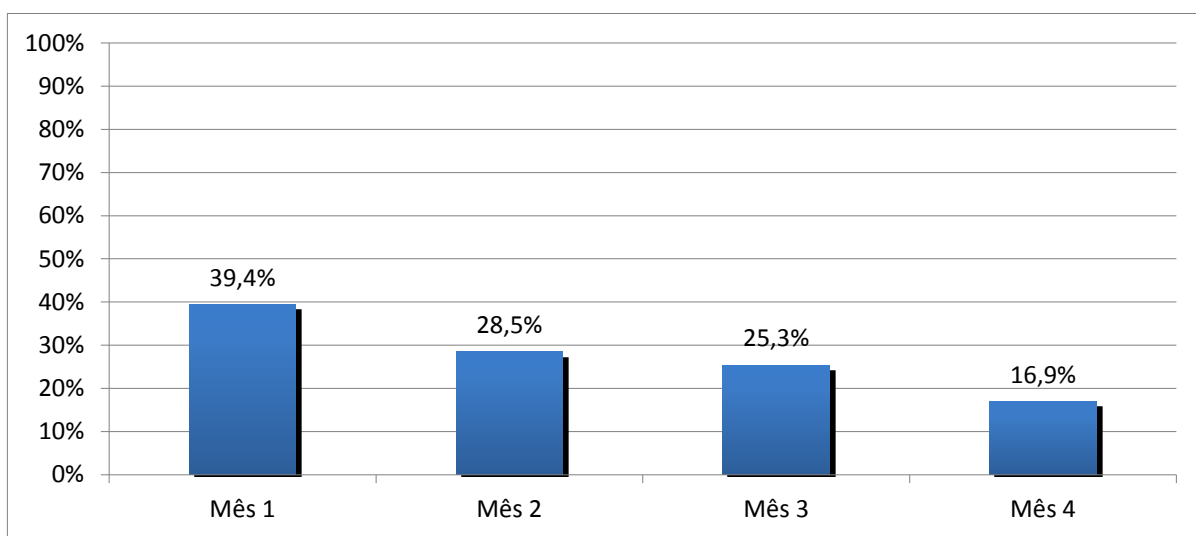


Figura 9 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

No primeiro mês de intervenção dos 15 usuários um total de 9 (60%) teve avaliação odontológica, já no segundo mês dos 37usuários 9 (24,3%) passaram por avaliação odontológica, ao final do terceiro mês de um total de 42 acompanhados 9 (21,4%) tiveram avaliação odontológica, no quarto mês dos 59 diabéticos acompanhados um total de 10(16,9%) passou por avaliação odontológica (Figura 10).

A dentista de minha unidade muitas vezes negou-se a atender meus usuários justificando que não tem vínculo com a estratégia de saúde da família além de passar várias semanas de licença saúde o que dificultou a avaliação odontológica dos pacientes e não me permitiu atingir a meta de 100%.

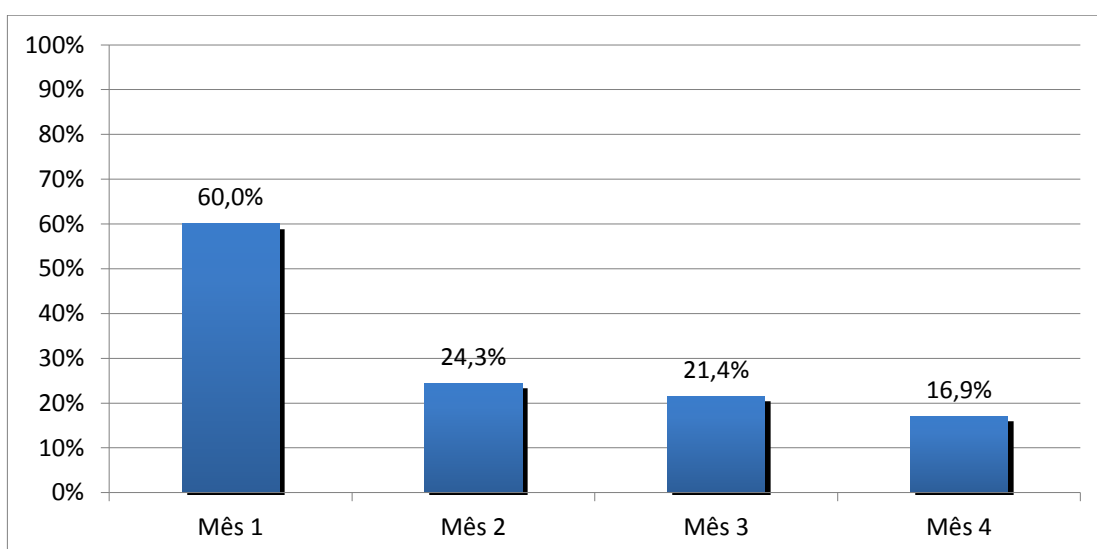


Figura 10 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Cohab Guabirola. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

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

No primeiro mês da intervenção apenas um hipertenso faltou a consulta, não consegui realizar a busca ativa devido ao fato de estar ainda me adaptando a unidade e ao território, já no segundo mês dos quatro usuários faltosos consegui realizar a busca de 02 (50%), em conjunto com a assistente social, no terceiro mês dos quatro faltosos consegui realizar a busca ativa apenas de 01(25%), já no quarto

mês tivemos apenas um usuário faltoso e foi realizada a busca ativa a este (Figura 11).

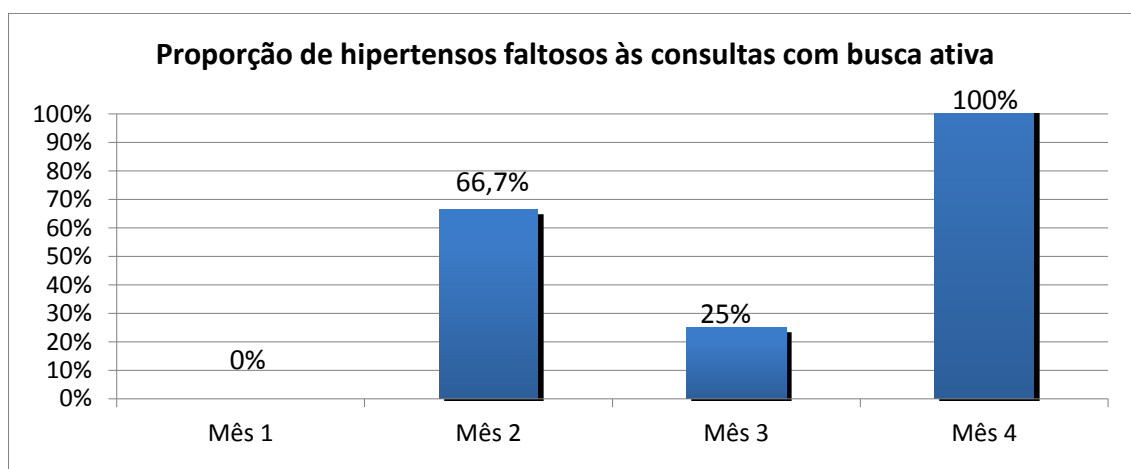


Figura 11 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

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

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

Durante o primeiro mês de intervenção nenhum diabético faltou a consulta, e no mês dois e mês três dois faltaram e não foi feita busca ativa. No mês quatro tivemos dois usuários faltosos e para estes foi realizado busca ativa em 100% (Figura 12). A dificuldade de atingir 100% em todos os meses foi devido a falta de agentes comunitários.

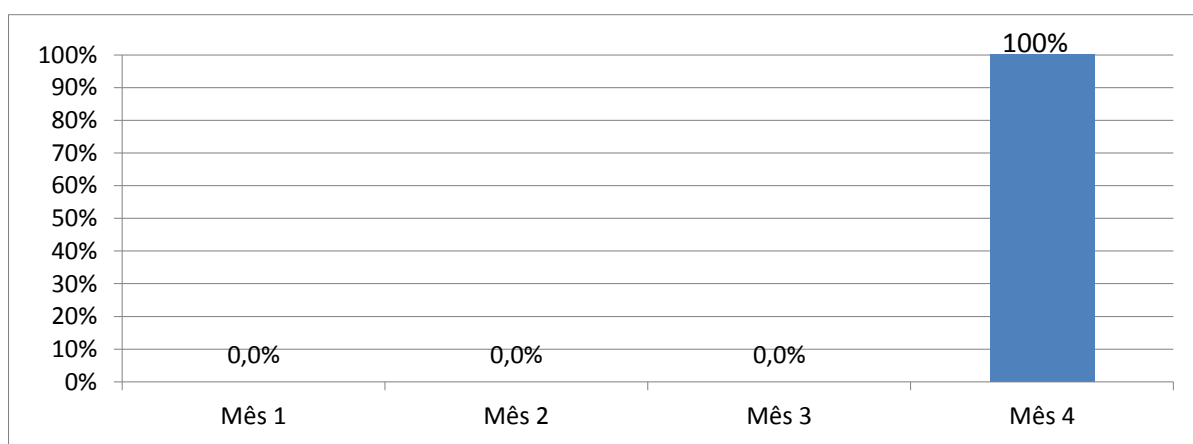


Figura 13 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

Relativo ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

O registro adequado das fichas de acompanhamento de hipertensos foi de 100% em todos os quatro meses de intervenção, sendo que no primeiro mês acompanhamos 66 usuários, no segundo 137, no terceiro 154 e ao final do quarto mês 243 usuários hipertensos foram acompanhados (Figura 13).

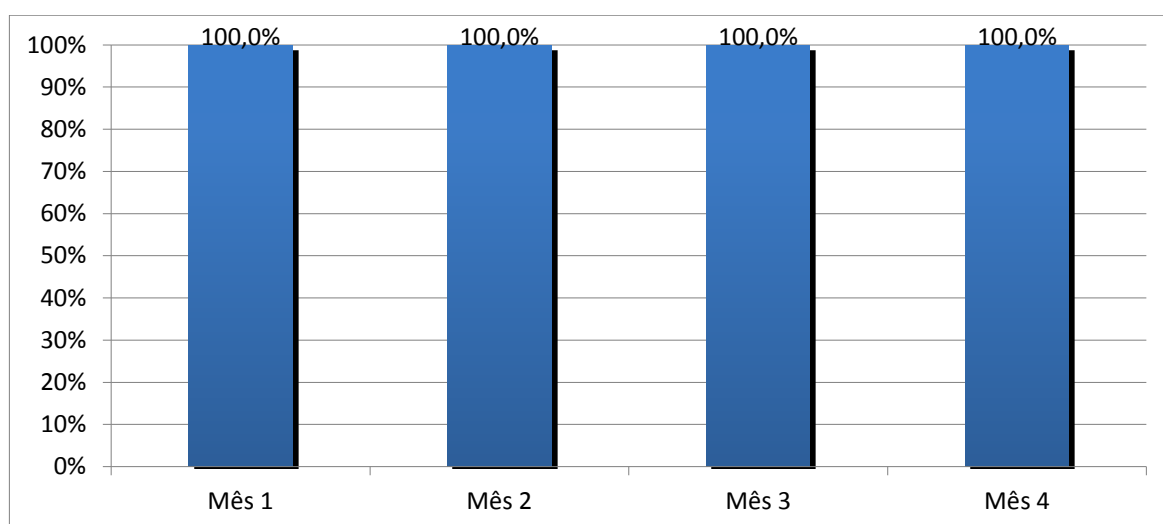


Figura 13 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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.

O registro adequado nas fichas de acompanhamento de diabéticos também foi de 100% em todos os quatro meses de intervenção, sendo que no primeiro mês acompanhamos 15 usuários, no segundo 37, no terceiro 42 e ao final do quarto mês 59 usuários diabéticos foram acompanhados através da intervenção (Figura 14).

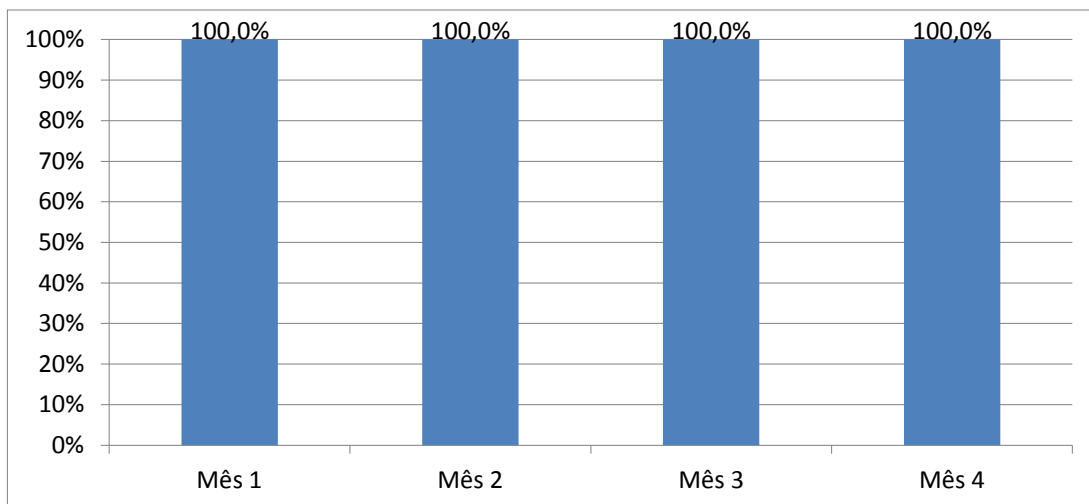


Figura 14 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

Relativo ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Ao longo dos dois primeiros meses em todos os hipertensos acompanhados na unidade foi realizada a estratificação de risco cardiovascular sendo que no primeiro mês foi acompanhado um total de 66 hipertensos e no segundo mês um total de 137, no terceiro mês dos 154 usuários um total de 153 (99,4%) teve realizada a estratificação do risco cardiovascular, já ao final do quarto mês atingi novamente 100% de estratificação do risco cardiovascular sendo que acompanhei um total de 243 usuários (Figura 15).

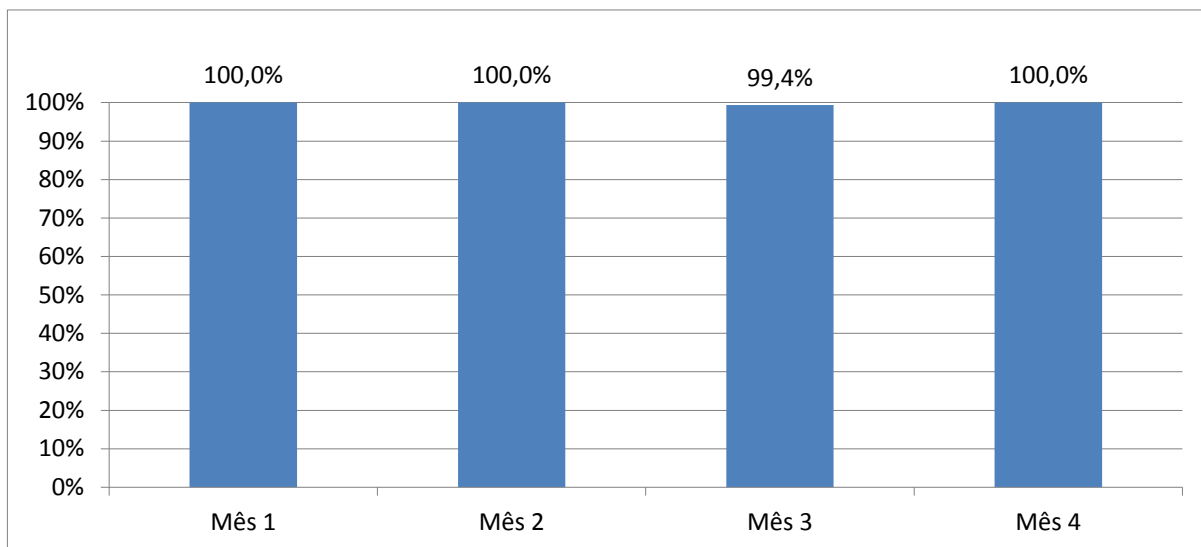


Figura 15 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia acompanhamento na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de

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

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

Neste indicador atingi 100% em todos os meses. Todos os diabéticos acompanhados tiveram estratificação do risco cardiovascular (Figura 16).

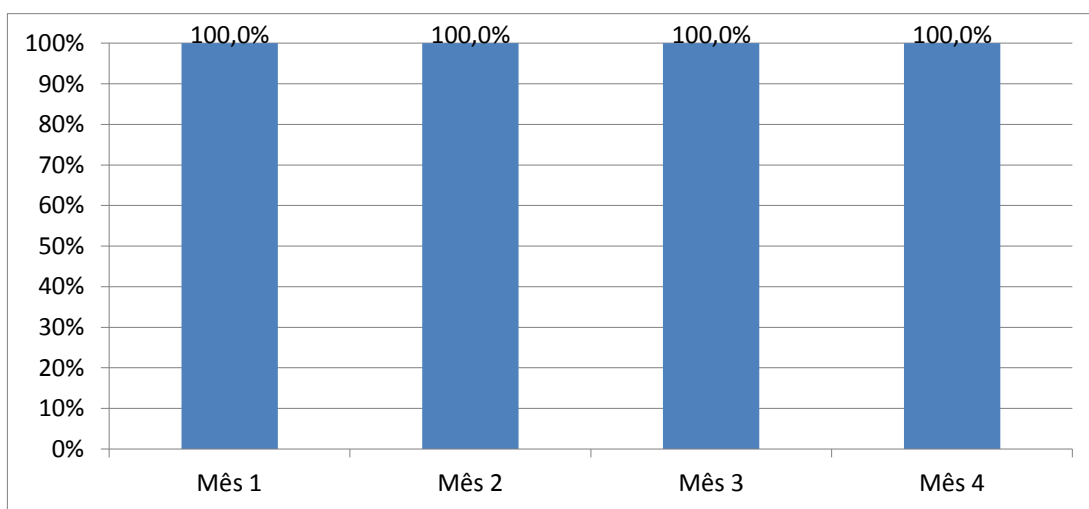


Figura 16 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia acompanhamento na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

Relativa ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Ao longo dos quatro meses de intervenção todos os hipertensos acompanhados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sendo que no primeiro mês 66 hipertensos foram acompanhados, no segundo 137, ao longo do terceiro mês 154 e ao final do quarto mês de intervenção chegamos a 243 usuários hipertensos acompanhados (Figura 17).

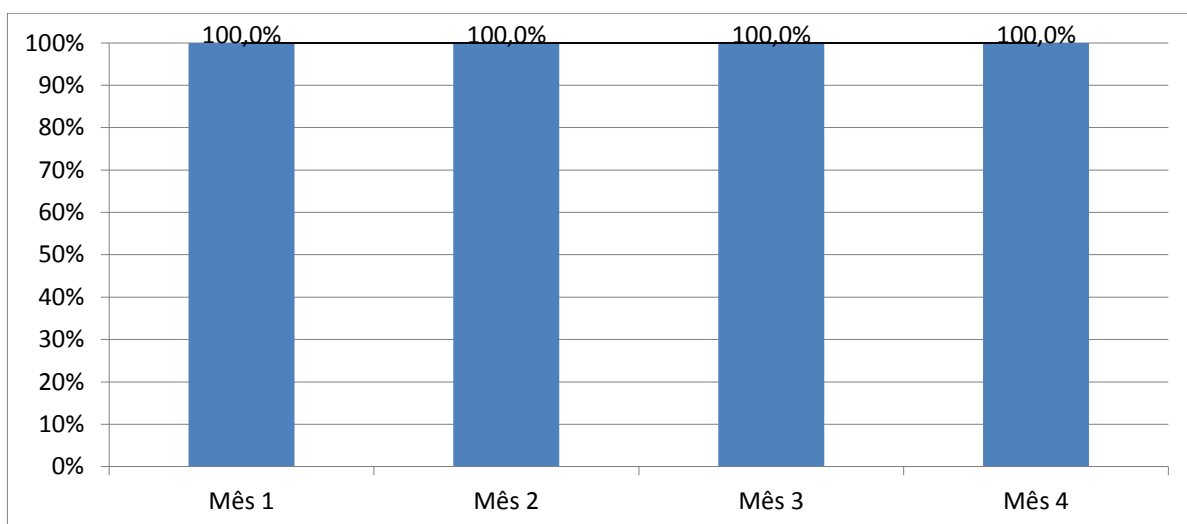


Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

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

Ao longo dos quatro meses de intervenção todos os diabéticos acompanhados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sendo que no primeiro mês 15 diabéticos foram acompanhados, no segundo 37, ao longo do terceiro mês 42 e ao final do quarto mês de intervenção chegamos a 59 diabéticos acompanhados (Figura 18).

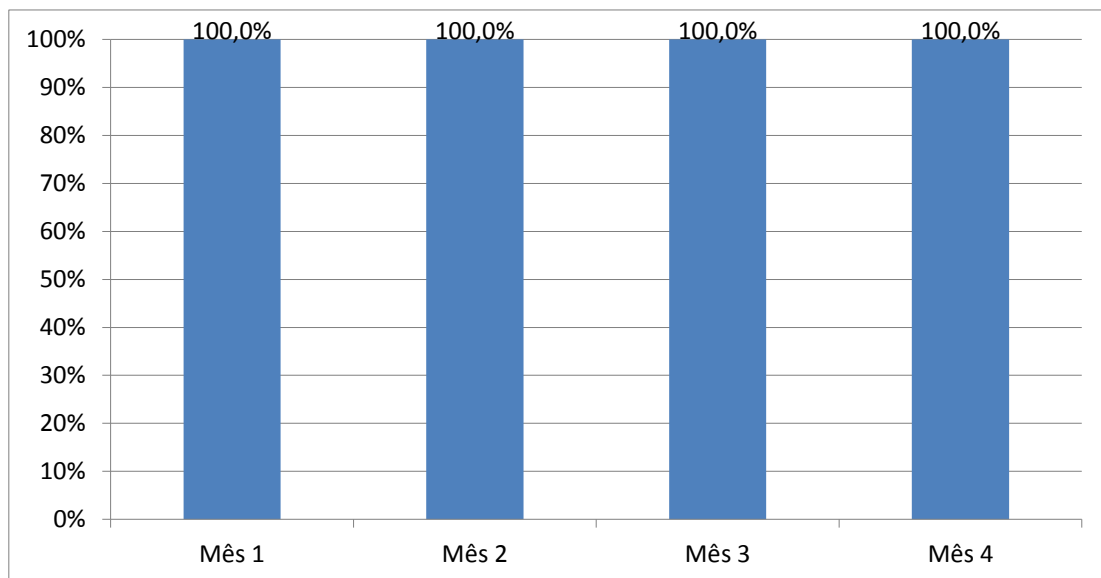


Figura 18 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

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

A orientação a hipertensos sobre a prática regular de atividade física atingiu um total de 100% em todos os quatro meses. Em minhas consultas sempre abordo o assunto e incentivo a prática de atividade física (Figura 19).

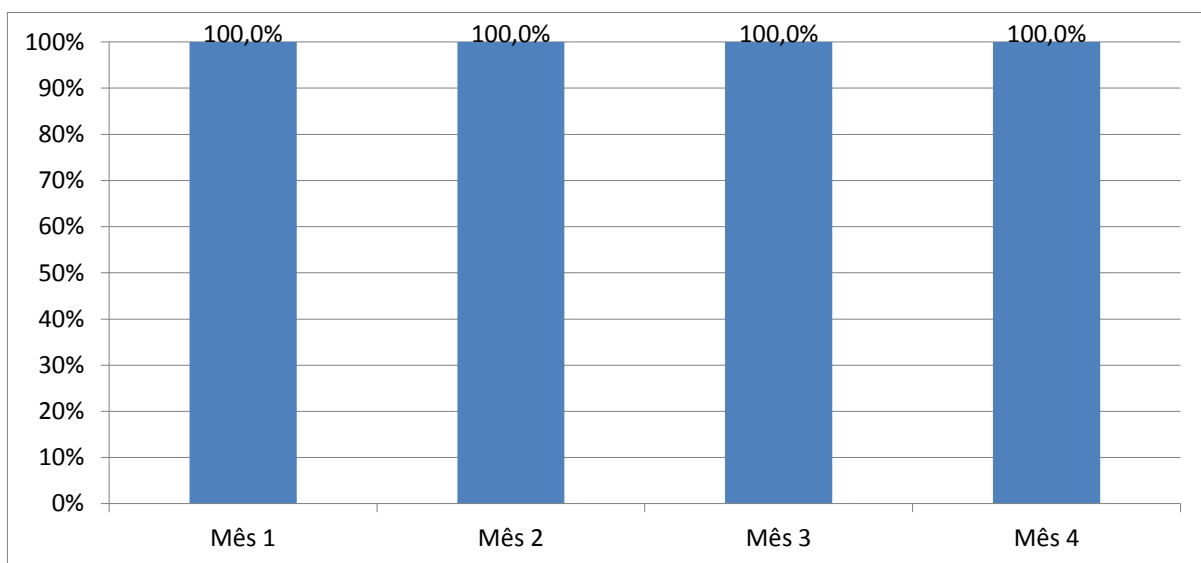


Figura 19 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

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

A orientação a diabéticos sobre a prática regular de atividade física atingiu um total de 100% em todos os quatro meses, sendo que no primeiro mês acompanhamos um total de 15 diabéticos, no segundo mês 37, no terceiro mês 42 e ao final do quarto mês um total de 59 usuários foram acompanhados (Figura 20).

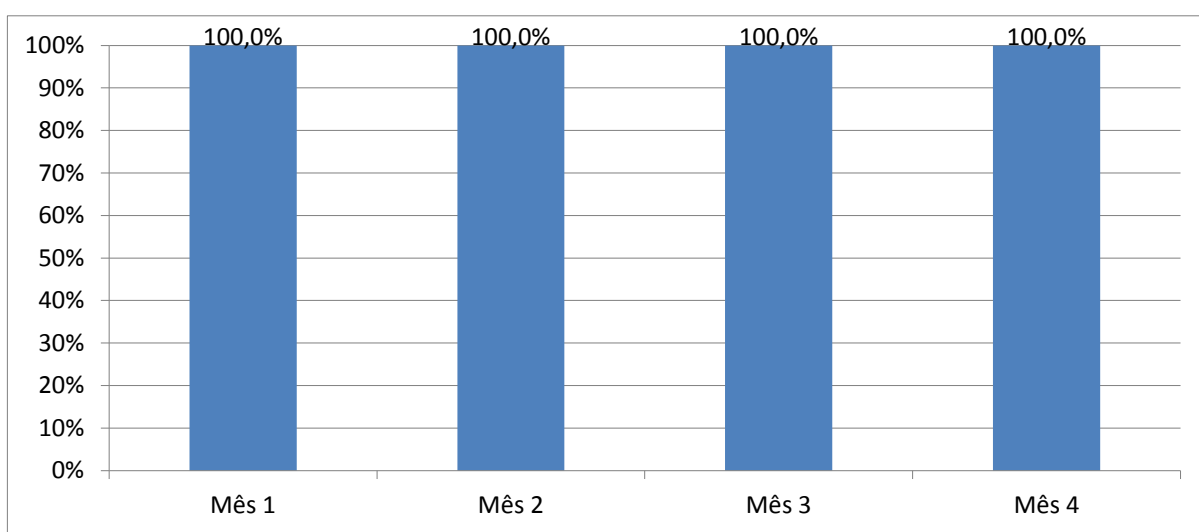


Figura 20 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física na unidade de saúde Cohab Guabiroba, Pelotas. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

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

Nos quatro meses de intervenção 100% dos usuários hipertensos acompanhados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram acompanhados 66 usuários, no segundo mês 137, ao terceiro mês 154 e ao final da intervenção no quarto mês foram acompanhado um total de 243 usuários hipertensos (Figura 21). O tabagismo é um tema que sempre procuro abordar em meus atendimentos independente da doença que o usuário apresente.

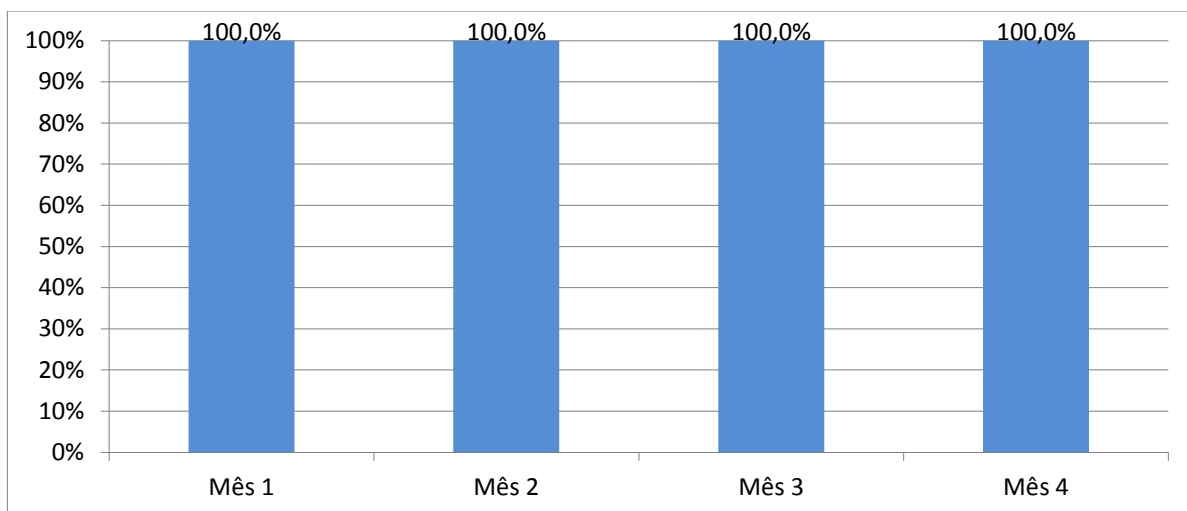


Figura 21 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

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

Nos quatro meses de intervenção 100% dos diabéticos acompanhados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, ao primeiro mês foram 15 acompanhados, no segundo mês 37, ao terceiro mês 42 e ao final da intervenção no quarto mês foi acompanhado um total de 59 diabéticos (Figura 22). Conforme já relatei anteriormente este é um tema de extrema relevância por ser um importante fator de risco para varias doenças por isto procuro sempre abordar em minhas consultas.

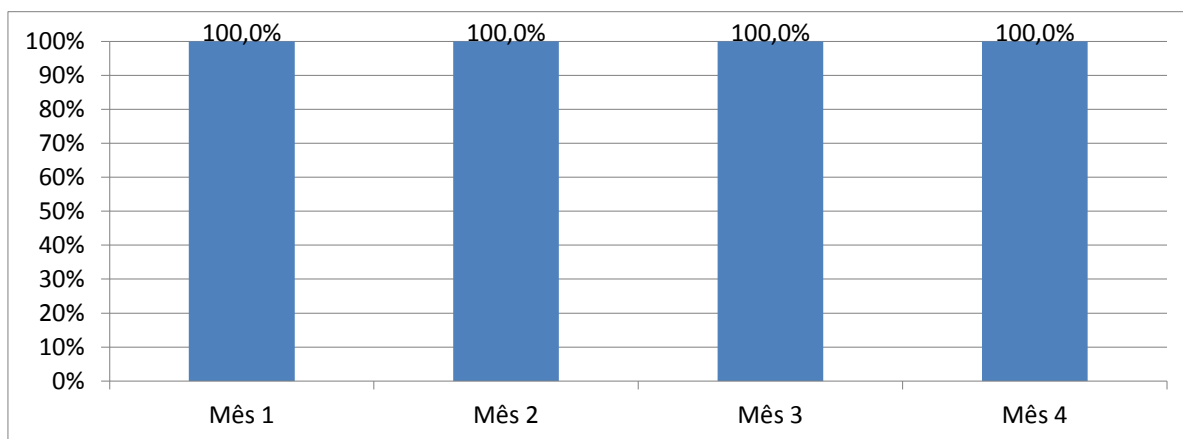


Figura 22 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

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

Quanto a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês de intervenção de um total de 66 acompanhados 65 (98,5%) receberam as orientações, no segundo mês dos 137 foi um total de 136 (99,3%) dos hipertensos, no terceiro mês dos 154 acompanhados 153 (99,4%) receberam as orientações, no quarto mês de intervenção finalizamos com todos os 243 (100%) dos hipertensos acompanhados com orientação sobre higiene bucal (Figura 23). Mesmo sem a cooperação integral da dentista, durante os atendimentos foram dados orientações a respeito da higiene bucal.

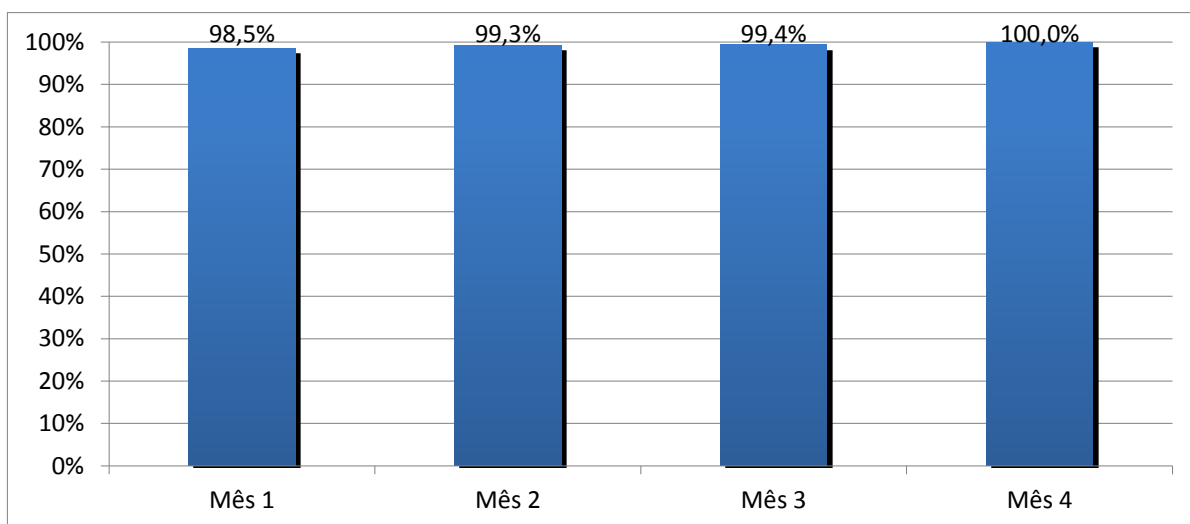


Figura 23 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

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

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

Quanto à proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal ao longo dos quatro meses todos os diabéticos acompanhados receberam orientação sobre higiene bucal (Figura 24).

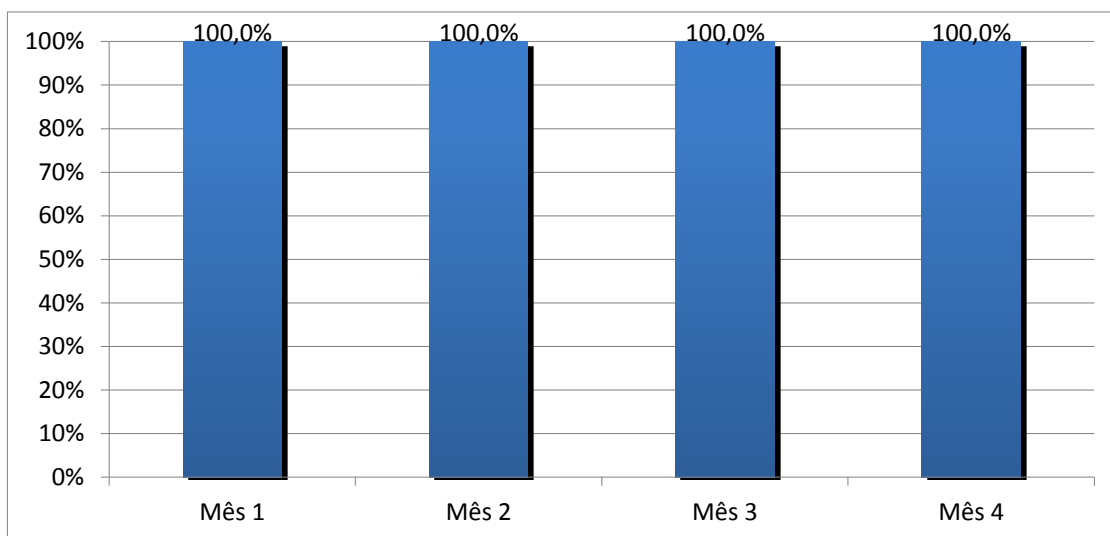


Figura 24 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Cohab Guabiroba. Fonte: Planilha Coleta de Dados

4.2 Discussão

Com esta intervenção foi possível aumentar não somente a cobertura de atendimento a hipertensos e diabéticos como também a qualidade do atendimento prestado a esses usuários com ênfase na prevenção de complicações e a promoção da saúde.

No início da intervenção a equipe ainda não estava completa, a equipe completa só foi possível perto do final da intervenção, mas mesmo assim a intervenção serviu para introduzir o planejamento das ações em forma de objetivos e metas.

O serviço foi muito beneficiado com a intervenção, consegui organizar o processo de trabalho dentro da unidade com relação ao atendimento de hipertensos e diabéticos bem como programar na rotina o planejamento das ações.

Foi possível mudar a realidade de muitos usuários no meu território que antes não possuíam atendimento algum ou muito restrita, foi possível a partir de a minha intervenção ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos além das outras ações que foram realizadas, estamos conseguindo diagnosticar casos novos de hipertensão e diabetes, além de adequar a medicação dos usuários. Ainda está sendo possível a realização de exames complementares para a identificação das complicações e assim podemos realizar o tratamento oportuno e com isso evitar o aumento das complicações.

Se a intervenção começasse agora já teríamos a população do território cadastrada já que agora dispomos de agentes comunitários de saúde, teríamos maior interação da equipe na intervenção, creio que agora as ações seriam mais integrais, creio que avançamos bem mais agora, com todos os recursos humanos que temos.

A intervenção já está incorporada a rotina de nossa unidade, acho que as melhorias que são necessárias estão ligadas as atribuições de cada profissional, os próximos passos são a revisão das metas e objetivos e o engajamento de toda a equipe, creio que podemos avançar mais em questões como atividades coletivas e busca ativa se todos da equipe estiverem envolvidos e claro aumentar a cobertura de atendimento sempre mantendo a qualidade.

5 Relatório da Intervenção para os Gestores

Senhora secretária.

Com o objetivo de buscar um aumento na cobertura e uma melhoria na qualidade do atendimento a hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais, foi implementado na unidade COHAB Guabiroba uma intervenção com duração de 16 semanas, as atividades foram realizadas com os usuários da área adstrita da minha equipe.

Minha intervenção tem o objetivo geral de ampliar a cobertura do serviço em hipertensos e diabéticos em nossa UBS. Atingi resultados consideráveis ao longo da intervenção, uma cobertura de 40% para hipertensos e de 39,3% para diabéticos, estimasse que tivessem 608 hipertensos finalizamos nosso estudo com um total de 243 hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados o que equivale a 40%. No quarto mês de intervenção alcançamos excelentes metas de qualidade como: acompanhamento de 100% na estratificação de risco cardiovascular por critério clínico feitas pela equipe em geral, os exames laboratoriais periódicos, as orientações em relação a prática regular de atividade física, risco de tabagismo, orientação nutricional sobre alimentação saudável, medicação e mudanças de estilo de vida, abordagem terapêutica dos casos detectados, monitoramento e controle da doença na prevenção de complicações, melhoramos os registros e preenchimento dos dados. Os atendimentos ganharam mais qualidade, proporcionando aos usuários a possibilidade de viver sua própria vida com o máximo de qualidade possível. Trabalhamos com grupos para propiciar que cada vez mais pessoas tenham melhor estado de saúde.

Realizei orientações para 100% dos usuários atendidos quanto a importância de diversos cuidados para evitar complicações e agravos. Na UBS, houve melhorias no processo de trabalho e na gestão do serviço.

Nas 16 semanas encontrei muitas dificuldades, entre elas: em minha Unidade Básica de Saúde estive sem equipe de estratégia completa e na espera da reforma pela falta de estrutura física. Trabalhamos com troca de pessoal todo o tempo, os Agentes Comunitários de Saúde chegaram no final, ainda não temos odontólogo na equipe. Devido a falta dos Agentes o cadastramento dos hipertensos e diabéticos foi feito na UBS, não foi possível obter dados do cadastramento da população da área de abrangência. Ainda os atendimentos não podem ser agendados são feitos através da fila por ordem de chegada. O acolhimento é feito pela enfermeira avaliando as prioridades de atendimento

Na realização dos exames complementares tive dificuldades na demora dos resultados, alguns procuram clinicas privadas. Outro problema encontrado foi a falta de alguns insumos e a demora para a disponibilização das fichas espelho. Entendo que se os gestores aprimorarem estes itens a cobertura e a qualidade do atendimento pode ser muito maior. Precisamos de maior apoio da gestão neste sentido.

Através desta intervenção deu-se o início de uma forma de atenção mais qualificada da população. Nosso trabalho ainda vai ter continuidade e no futuro obteremos os resultados esperados mas para isto contamos com o apoio da gestão.

Obrigada!

6 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Tendo como Objetivo a melhoria da cobertura e da qualidade da atenção a hipertensos (pessoas com pressão alta) e diabéticos (açúcar no sangue) dos usuários da UBS COHAB Guabiroba, realizamos uma intervenção com uma duração de 16 semanas.

Optei por trabalhar com hipertensos e diabéticos após uma análise da situação dos usuários do território, onde pude perceber que era necessário uma ampliação na cobertura e melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos, tendo em mente os riscos de complicações decorrentes destas doenças associado a falta de acompanhamento destes usuários e a falta de orientação quanto a importância dos cuidados com alimentação e a importância da realização de exercícios físicos, orientações estas que busquei realizar de forma integral durante todas as atividades individuais, consultas e as coletivas como os grupos que realizamos, outra orientação foi das complicações e dos riscos do tabagismo.

Durante as 16 semanas tinha como meta de cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. A intervenção tratou do aumento de cobertura de atendimento a hipertensos, na área de minha equipe estimasse que temos 608 hipertensos com 20 anos ou mais, no primeiro mês de intervenção cadastrei um total de 66 usuários (10,9%), ao segundo mês o número era de 137 hipertensos cadastrados (22,5%), no terceiro mês de intervenção o número alcançado era de 154 hipertensos (25,3%) e finalizamos o quarto mês com um total de 243 usuários cadastrados o que equivale a 40% da estimativa de hipertensos em nossa área, foi possível chegar a uma cobertura de 243 usuários (40%) para hipertensos e de 59 (39,3%) para diabéticos, tendo atingido no final das 16 semanas

100% de pacientes com exame clínico realizado de forma apropriada e com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ainda solicitei a todos exames complementares e realizei a estratificação de risco cardiovascular em 100%.

À medida que a população envelhece e há aumento da carga de doenças crônico-degenerativas e suas complicações, acidentes automobilísticos e violências, aumenta também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos, precisando. muitos destes. de atenção domiciliar e participação da comunidade, onde as equipes junto com as famílias ajudam em um cuidado ampliado dos usuários e suas doenças. Na atenção básica a equipe deve respeitar o espaço do familiar e ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a auto-estemas, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde.

Chego ao final da intervenção com bons resultados e com uma equipe pronta para incorporar a intervenção na rotina de trabalho, espero cada vez mais qualificar as práticas e assim prestar uma atenção qualificada e integral aos nossos usuários mas para que isto aconteça precisamos da colaboração e do engajamento da comunidade. Convidamos vocês a participarem cada vez mais da atividades da UBS.

Contamos com vocês!!

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Eu esperava um curso com um acesso mais facilitado, achava que seria mais voltado para enfermidades e as condutas a serem adotadas de acordo com os protocolos Brasileiros, não imaginava que seria uma intervenção no território.

Meu aprendizado foi muito grande, creio que os casos clínicos foram às atividades mais relevantes durante o curso, gostei muito dos textos que eram disponibilizados, isso tudo contribuiu de várias formas para acrescentar meu conhecimento como médica. O planejamento da saúde pública no Brasil também foi algo que me chamou atenção e contribui para meu aprendizado, isto foi importante para entender o processo de trabalho dentro da unidade e saber o que era esperado de minha pessoa como médica de uma equipe de ESF.

Referências

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica da Hipertensão Arterial, n.37. Brasília, DF, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica Diabetes Méllitos, n.36. Brasília, DF, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica Obesidade, n.38. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde Brasília. Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Organização Pan-americana de Saúde. Doenças crônicas- degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde, 2003.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: pólos de Educação Permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília, 2005

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linhas de cuidado: **hipertensão arterial e diabetes.** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il. ISBN 978-85-79

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.

Iima Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abranches Duval
Patrícia Abranches Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

