



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



MODALIDADE A DISTÂNCIA

TURMA 7

**Qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Grota em Cocal/PI.**

Jesus Ladron de Guevara Farinas

Pelotas, 2015

Jesus Ladron de Guevara Farinas

**Qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Grota em Cocal/PI.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade à distância da Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Stelita Pacheco Dourado Neta

Pelotas, 2015

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

F225q Fariñas, Jesús Ladrón de Guevara

Qualificação da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Grota Em Cocal/PI / Jesús Ladrón de Guevara Fariñas; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 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. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

À Deus que tudo pode e faz para meu crescimento espiritual, acadêmico e profissional.

À minha família, agradeço a todos, por tudo que significam em minha vida.

À orientadora Stelita Pacheco Dourado Neta pela ajuda na condução e viabilização deste trabalho.

A toda minha equipe de saúde que trabalha com muito amor para melhorar a saúde da comunidade.

Resumo

FARINAS Jesus Ladron de Guevara. **Qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Grota em Cocal/PI.** 2015.94f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), são doenças crônicas não transmissíveis e constituem-se como os mais importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é importante para o desenvolvimento das ações para o controle da HAS e DM, uma vez que, através de uma equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. Este trabalho tem o objetivo demonstrar a intervenção realizada para a qualificação da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Grota no Município de Cocal/PI. Foram avaliados neste processo de intervenção os adultos maiores de 20 anos num período de 6 de abril a 29 de junho do ano 2015 constituindo assim em doze semanas de intervenção A intervenção teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha Espelho fornecidos pelo Curso. Na fase de Análise Situacional, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), para a população da área de abrangência da equipe teríamos 780 pessoas com 20 anos ou mais na área da UBS e dentre eles teríamos 246 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 70 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. De acordo com os dados da UBS tínhamos conhecimento de 96 (39%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS e 29 (41%) diabéticos. Nossa UBS possuía um registro inadequado de usuários com estas doenças crônicas, ou seja, um sub-registro então, ao iniciar a intervenção realizamos novo levantamento e detectamos que na área de abrangência haviam 105 hipertensos e 34 diabéticos com 20 anos ou mais. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS 100% dos usuários hipertensos e diabéticos da área. Dos 105 hipertensos cadastrados, 85 (81,0%) estão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo e dos 34 diabéticos cadastrados estamos com 31 (91,2%) que estão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo adotado. Os 99 (100%) hipertensos e os 33 (100%) diabéticos que precisaram de tratamento medicamentoso tiveram prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia. Dos hipertensos e diabéticos cadastrados estamos respectivamente com 84 (80%) hipertensos e 30 (88,2%) diabéticos com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada. Espera-se que a gestão continue apoiando e fortaleça este tipo de intervenção e que a equipe possa ampliar estes serviços para as outras ações programáticas típicas da Atenção Primária à Saúde (APS).

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

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa Localização do Município Cocal no mapa do estado do Piauí.	13
Figura 2	Mapa Limites do Município Cocal no mapa do estado do Piauí.	13
Figura 3	Gráfico Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS Grotá. 2015	62
Figura 4	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Grotá. 2015	64
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Grotá . 2015	65
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Grotá. 2015	66
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBS Grotá. 2015	67
Figura 8	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBS Grotá. 2015	68
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Grotá. 2015.	71
Figura 10	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Grotá. 2015	72
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. na UBS Grotá. 2015	73
Figura 12	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas	74

médicas com busca ativa.
na UBS Grotá. 2015

- Figura 13 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Grotá. 2015 75
- Figura 14 Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Grotá. 2015 76
- Figura 15 Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Grotá. 2015 77
- Figura 16 Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal na UBS Grotá. 2015 78

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BMQ - Brief Medication Questionnaire

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

DCNT - Doença(s) Crônica(s) não Transmissível (is)

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

Sumário

1	Análise Situacional.....	11
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS postado em 04/07/2014.....	11
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2	Análise Estratégica	25
2.1	Justificativa	25
2.2	Objetivos e Metas	27
2.2.1	Objetivo geral.....	27
2.2.2	Objetivos Específicos.....	27
2.2.3	Metas:	28
2.3	Metodologia	30
2.3.1	Detalhamento das Ações	30
2.3.2	Indicadores.....	41
2.3.3	Logística.....	48
2.3.4	Cronograma.....	55
3	Relatório da intervenção	56
3.1	Ações previstas no projeto a serem desenvolvidas durante o trabalho de intervenção e que foram realizadas (facilidades e dificuldades):.....	56
3.2	Ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestas 12 semanas e que não foram desenvolvidas;	58
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores;.....	58
3.4	Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que estão funcionando adequadamente ou que serão melhorados para que a incorporação ocorra.....	59
4	Avaliação da Intervenção	60
4.1	Resultados	60
4.2	Discussão da intervenção.....	80
5	Relatório da intervenção para gestores.....	82
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	87
	ANEXOS	89
	Anexo A - Documento do comitê de ética	90
	Anexo B: Planilha OMIA Hipertensão Arterial e Diabetes-Aba Síntese	91

Anexo C: Ficha Espelho Programa De Atenção Aos Hipertensos e Diabéticos (Frente e verso)	92
Anexo D: Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS	93
Anexo E: Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Mês 1	94

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPel) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distancia, através da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), pela Universidade Federal de Pelotas. (EAD UFPel)

Após realizar a análise situacional e estratégica coletamos e organizamos informações relacionadas aos indicadores epidemiológicos, oferta e organização dos serviços da USF e após sistematizá-los, tendo-os como base para a escolha da intervenção prioritária para o nosso serviço, elaboramos o Projeto de Intervenção para a qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS de Grota no Município de Cocal/PI, com a finalidade de diminuir a morbidade, as seqüelas e mortalidade por estas doenças.

O volume se inicia pela análise situacional que discorre sobre a situação da USF antes da intervenção, seguida da análise estratégica, composta pelo projeto de intervenção propriamente dito, com sua justificativa, objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. Ainda apresenta-se um relatório final da intervenção que versa sobre as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer da intervenção e então a análise da intervenção com a apresentação dos resultados e discussão da importância da intervenção para a equipe, para o serviço e para a comunidade.

Por fim, conclui-se com uma reflexão crítica do processo de aprendizagem no desenvolvimento do trabalho, onde foi demonstrado que com a organização do trabalho em equipe e aumento do nível de conhecimentos se alcança o controle e adesão da população aos programas do SUS, e o significado do curso para a prática profissional que estimulou o trabalho mais humanizado na atenção básica.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS postado em 04/07/2014

Trabalho numa UBS do município Cocal, estado Piauí. Agora nossa UBS está sendo reformada para poder ofertar um melhor atendimento aos usuários deste lugar. Atualmente estamos trabalhando numa casa, mas tem todos os locais necessários para um ótimo atendimento. O acolhimento é feito pelo técnico de enfermagem numa sala onde estão os arquivos e prontuários. Nesta sala os usuários que vão ser atendidos passam por uma triagem, medem sua pressão, temperatura e peso. Aproveitamos a ocasião em que os usuários estão esperando e oferecemos palestras e fazemos outras atividades de promoção e prevenção de saúde. Não temos estatística na UBS, mas conhecemos a realidade porque fazemos controle. A maioria das consultas são para doenças crônicas não transmissíveis, sendo a principal a hipertensão arterial. Também são freqüentes as doenças do sistema osteomioarticular e cervicovaginites nas mulheres. Aproveito cada minuto com os pacientes para brindar atividades de promoção e prevenção de saúde, com muito bons resultados, que são reconhecidos e demonstrados na maioria dos usuários quando vem se consultar na consulta de seguimento da doença. Contamos com 3 ACS, pessoas legais e muito trabalhadoras, que trabalham em lugares onde o trabalho é difícil. Gosto de fazer visita domiciliar, pois como já falei, atendo pessoas que moram muito longe e muitos deles impossibilitados de ir para a UBS. As visitas são feitas em companhia dos ACS, aproveitamos o máximo delas fazendo trabalhos de promoção de saúde nos domicílios. Estou muito alegre, pois a população adstrita à nossa UBS são muito agradecidos e acolhem a gente como a sua própria família.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de Saúde de Grota está localizada no Município de Cocal, no Estado de Piauí. A origem da cidade de Cocal, no estado do Piauí, deveu-se a construção da estrada de ferro ligando o litoral a capital, Teresina, e uma grande estação ferroviária (1923), prédio que contribuiu significativamente para o surgimento da vila. A vila ficou conhecida como vila Cocal, zona rural de Parnaíba. O nome Cocal foi uma homenagem a primeira moradora do lugar, a viúva Camila Silva. Eram duas palmeiras de coco babaçu, plantados em frente da casa da viúva Camila Silva, considerada a primeira moradora da região. O desenvolvimento do atual município de Cocal deveu-se principalmente com sua proximidade com a cidade de Parnaíba, a cujo município pertencia distritalmente e do qual passara a receber influência comercial. Além disso, ocorreu um fato decisivo para seu progresso, a construção do prédio da estação ferroviária “Central do Piauí” naquela localidade. Sua construção estratégica atraiu inúmeros comerciantes que aproveitavam a proximidade com a Serra da Ibiapaba para comprar e vender hortigranjeiros. Outro fator foi a abundância do pó da carnaúba e do tucum. Principais produtos de comercialização do sertão piauiense. Hoje nesta estação encontra-se funcionando a Casa de Cultura e o Museu da cidade. A vila e o município de Cocal foram criados em 1937 pela Lei nº 160 de 28 de julho, sendo seu território desmembrado de Parnaíba. Porém a elevação do povoado a categoria de cidade aconteceu em 22 de agosto de 1948. Apresenta uma área de 918,6 km² e fica ao norte do estado a uma distância de 226 Km aproximadamente de Teresina capital de Piauí. Limita-se ao norte com o município de Bom Princípio e Luis Correia, a leste com a cidade de Cocal dos Alves e Viçosa do Ceará e a oeste com Piracuruca, Caraúbas e Buriti dos Lopes. Os usuários que precisam de atenção médica especializada são encaminhadas para Parnaíba que é o município de maior desenvolvimento da região.



Figura 1 Mapa Localização do Município Cocal no mapa do estado do Piauí.

Fonte: IBGE



Figura 2 Mapa Limites do Município Cocal no mapa do estado do Piauí.

Fonte: IBGE

Em Cocal existem diversas religiões, predominando majoritariamente a católica.

A base da economia está centrada nos serviços públicos, agricultura e o comércio varejista e atacadista.

A educação conta com várias escolas públicas (estadual e municipal) localizadas nas zonas urbanas e rurais (02), e uma escola particular, além de uma escola especial de Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e algumas extensões universitárias e o mais novo campus do Instituto Federal do Piauí - IFPI.

O Sistema de Saúde do município está composto por 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) Posto de Saúde Boiba, Posto de Saúde Carpina, Posto de Saúde do Mutirão, Posto de Saúde São Francisco, Posto de Saúde Ulisses, Unidade Básica de Saúde Campestre, Unidade Básica de Saúde Contendas, Unidade Básica de Saúde Faveira, Unidade Básica de Saúde Grotas ,Unidade Básica de Saúde Olho D'agua,Unidade Básica de Saúde Santo Hilario,Unidade Básica de Saúde São Pedro,Unidade Básica de Saúde Videu e em cada uma delas tem uma equipe de ESF.

Seis das UBS 06 foram construídas novas e 4 reformadas e as outras três ficam em locais adaptados.Temos um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é composto por um Assistente Social, dois Fisioterapeutas, um Farmacêutico, um Pediatra, um Nutricionista e um Psicólogo .

Nossa cidade não dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) nem atenção especializada, porém tem um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). Conta com um hospital, o Hospital Joaquim Vieira de Brito que presta serviços de pronto socorro e ambulatorial e temos Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Ao não contar com as condições necessárias para o internamento dos usuários e para a realização de exames complementários os mesmos são encaminhados para o município de Parnaíba.

A disponibilidade de exames complementares é só pela regulação do SUS para outras cidades. Agora o município esta prestando serviços de ultrassonografia que não é suficiente para a demanda, porém é um avanço do sistema de saúde.

A UBS de Grota está localizada em zona rural. Seu vínculo com o SUS é mediante o fornecimento de medicamentos, regulamentação de exames complementares e atenção especializada em cumprimento dos programas de saúde. Existe vínculo com as escolas, já que servem como ponto de apoio na educação em saúde. O modelo de atenção é de ESF que esta composta por um Médico, um Enfermeiro, um Técnico em enfermagem e três Agentes Comunitários. Não temos recepcionista, não temos vigia e não temos auxiliar em limpeza. Não temos serviços de odontologia o que dificulta muito o atendimento nesta área. No momento não temos estrutura física especifica para a equipe de ESF com padrões de UBS estipulados pelo MS. Atualmente estamos trabalhando numa casa alugada pela prefeitura. O acolhimento é feito pelo técnico de enfermagem numa sala onde estão os arquivos e prontuários. Nesta sala os usuários que vão ser atendidos passam por uma triagem, medem sua pressão, temperatura e peso.

A prefeitura iniciou a construção da UBS que deve ser concluída nos próximos meses o que deve melhorar muito mais as condições de atendimentos e a ampliação dos serviços incluindo os odontológicos

Cada integrante de nossa equipe conhece quais são suas atribuições e que temos que trabalhar em conjunto para assim oferecer um serviço de qualidade e que cada pessoa atendida fique satisfeita com a solução de seus problemas. Como limitações temos a falta de estrutura física e de equipamento que dificulta o trabalho de cada profissional da equipe, por exemplo, não temos local nem equipamento adequado para a realização de curativos. Tudo isso gera uma deficiente atenção aos pacientes.

Nossa área adstrita tem um total de 1225 habitantes, distribuídas em 458 famílias, cuja descrição por faixa etária encontra-se na Tabela 1.

Idade	Masculino	Feminino	Total
<1	7	9	16
1-4	41	32	73
5-9	32	40	72
10-14	91	58	149
15-19	35	42	77
20-60	401	299	700
>60	81	57	138
Total	688	537	1225

Tabela 1. Distribuição da População por Idade e Sexo da UBS de Grotá, Piauí no ano 2014.

Fonte: Registros dos Agentes comunitários de saúde UBS Grotas

De acordo com os dados da tabela existe um ligeiro predomínio do sexo masculino em nossa área de abrangência.

Em relação às atribuições da equipe, na UBS onde atuo é realizado o acolhimento dos usuários na recepção por um profissional da saúde minutos antes de iniciar as atividades, são realizadas palestras (“Sala de Espera”) com diversos temas de educação em saúde. A Técnica de enfermagem é quem organiza os prontuários e escuta as demandas e avalia as necessidades de atendimento dos usuários de demanda espontânea estabelecendo prioridades. A unidade funciona de segunda a quinta-feira nos turnos Matutino e Vespertino. As urgências são atendidas e medicadas e caso seja necessário são encaminhadas ao hospital. Todos os profissionais da saúde médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde participam das atividades educativas na comunidade através de palestras com orientações sobre os fatores de risco de desenvolver essas doenças e como preveni-las sobre obesidade, sedentarismo, tabagismo, importância da realização de exercícios físicos periodicamente, alimentação saudável e também como evitar as complicações nas pessoas já doentes.

As dificuldades principais são a falta de privacidade do usuário, pois eles expõem as suas demandas no corredor.

As consultas clínicas são agendadas, mas são atendidas as demandas espontâneas estabelecendo prioridades dependendo do tipo de doença. Não temos excesso de demanda. Também nas visitas domiciliares são feitas as consultas a pacientes acamados que precisam atendimento, além das consultas agendadas para eles que são.

Em relação à saúde da criança realizada na UBS, não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura. Temos só um livro onde é feito o controle das consultas de puericulturas. Registramos os dados de atendimento das crianças da puericultura nos prontuários clínicos e nas fichas-,espelho de vacinas .

São feitas atividades educativas na comunidade e na UBS através de palestras onde é orientada a importância das puericulturas, a vacinação o aleitamento materno e outra toda a equipe participa nestas atividades. Antes a primeira puericultura era feita regularmente apenas com 1 mês de idade do recém-nascido. Estamos buscando agora realizar a primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida.

De acordo com o CAP, segundo a população da área de abrangência da UBS, a equipe tem uma estimativa de 18 crianças menores de um ano. De acordo com nossos registros temos 16 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS, o que corresponde a uma cobertura de 89%. Destas 16 crianças temos 11 (69%) com consulta em dia de acordo com protocolo do Ministério de Saúde, 4(25%) com teste do pezinho até 7 dias, 7 (44%) crianças com primeira consulta nos primeiros 7 dias de nascido e nenhuma delas fez o exame de triagem auditiva. Não obtivemos dados sobre o monitoramento do crescimento e desenvolvimento na ultima consulta. Das 16 crianças temos 13 (81%) com vacinas em dia as mães delas receberam orientações de prevenção de acidentes e o oferecimento do aleitamento materno exclusivo. Nenhuma das crianças acompanhadas na UBS recebeu avaliação de saúde bucal.

Em relação ao pré-natal e puerperio na área de abrangência da minha equipe, as consultas são agendadas e feitas uma vez por semana pelo enfermeiro, e o médico. As consultas das gestantes de alto risco são encaminhadas a especialista ginecologista. Quando sai da consulta já fica programada a próxima consulta. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos, mas todas têm prontuários e fichas de controle realizando-se monitoramento regular das ações.

Existem grupos de gestantes e cada Agente comunitário de saúde tem um grupo na sua área, são feitas atividades educativas na UBS e na comunidade com a participação de todos os profissionais da saúde, onde abordamos os temas de aleitamento materno, atenção adequada ao recém nascido, vacinação, infecções de transmissão sexual nelas. A qualidade da atenção em nossa UBS é boa, mas ainda temos que melhorar e incrementar as atividades educativas na população.

Em relação ao Pré-Natal os atendimentos são realizados em relação ao protocolo do Ministério de Saúde.

De acordo ao Caderno de Ações Programáticas nossa área tem um número estimado de 18 gestantes, mas atualmente são acompanhadas na UBS 9 (49%) gestantes. Estas estão com o pré-natal iniciado no 1º trimestre, com solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, com Vacina antitetânica e contra Hepatite B conforme protocolo, com Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo e com Orientação para aleitamento exclusivo. Das 9 gestantes acompanhadas na UBS apenas 5 (56%) estão com Consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde. Em relação ao exame ginecológico por trimestre nenhuma gestante tiveram-no realizado. Também nenhuma gestante recebeu orientações sobre saúde bucal.

As dificuldades que temos com o atendimento as gestantes são principalmente com os exames complementares. Não temos testes rápidos na UBS e os de rotina são realizados em Parnaíba ou em laboratórios particular, e às vezes demora muito para receberem os resultados. Temos a realização da ultra-sonografia obstétrica em nosso município, mas são insuficientes as vagas

para cobrir a demanda e demoram muito para serem agendadas. Muitas gestantes realizam o exame em serviço particular ou em outro município. Pelo SUS temos agendamento de consultas especializadas que são realizados no município de Parnaíba o Teresina e a realização dos estudos radiológicos necessários. Não temos laboratório de microbiologia, às gestantes realizam os exames em laboratórios particulares. Não temos especialista ginecologista na área.

Quanto à atenção ao puerperio, segundo o CAP estimava-se que nos últimos 12 meses teríamos 18 partos, porém segundo dados levantados na UBS, 16 (89%) mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Destas 16 apenas 9(56%) consultaram antes dos 42 dias do pós-parto e tiveram sua consulta puerperal registrada . As 16 (100%) puerperas acompanhadas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar. Das 16 puerperas, 10 (63%) tiveram as mamas examinadas, 9 (56%) tiveram o abdome examinado e 5 (31%) realizaram exame ginecológico e nenhuma delas tiveram seu estado psíquico avaliado e não foram avaliadas quanto à intercorrências no puerperio,

Quanto à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, na UBS que atuou o médico, enfermeiro. Técnico de enfermagem encontra-se envolvidos nas ações para prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, para isso são feitas atividades educativas onde são tratados os temas sobre infecções de transmissão sexual, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, obesidade, importância da realização de exercícios físicos e o mais importante a colpocitologias para detecção precoce do câncer de colo feito anualmente.

Ainda são realizadas orientações sobre auto-exame das mamas para detectar alterações precocemente, realização de pesquisa nas consultas através do exame as mulheres com alto risco e a realização da mamografia nas idades de 45 e mais anos. Também foi feita uma vacinação nas meninas de 11 a 13 anos de idade para a prevenção do papiloma vírus humano. Não temos protocolo para o controle adequado, não temos arquivo específico para o

registro dos atendimentos mas estes são registradas nos prontuários e em uma ficha, mas os resultados não estão registrados, o que não permite obter os dados fidedignos dificultando a avaliação e monitorização do programa.

Segundo o CAP temos uma estimativa para a área de abrangência da UBS de 297 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e estamos com 195 (66%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero.

Nos indicadores de qualidade estamos com 115 (59%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia o que eu significa dizer que elas realizaram pelo menos os 2 exames citopatológicos com intervalo de 1 ano e os outros a cada 3 anos.

Temos 80 (41%) mulheres com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 mês de atraso considerando as que não realizaram o exame após seis meses da data recomendada de acordo com o critério para exame citopatológico em dia.

Não temos registros sobre mulheres desta faixa etária com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, sobre quanto das coletas realizadas estão com amostras consideradas satisfatória e com exames coletados com células representativas da junção escamocolunar.

Não temos registros de quantas destas mulheres acompanhadas tiveram realizados a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica. Não sabemos se estas mulheres de 25 a 64 anos foram investigadas para a presença de fatores de risco do CA de colo de útero (infecção pelo papilomavírus humano - HPV, tabagismo, comportamento sexual de risco para CA de colo de útero).

Ainda assim temos registro de que as 195 (100%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero receberam orientações sobre prevenção de CA de colo de útero e sobre DST.

Nas ações para prevenção de câncer de mama temos um número estimado de 92 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e estão acompanhadas na UBS 81 (88%). Os indicadores de qualidade demonstram que apenas 27(33%) estão com Mamografia em dia e 54 (67%) estão com mamografia com mais de 3 meses em atraso .Apenas 51 (63%) mulheres receberam avaliação de risco para câncer de mama bem como receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama e receberam orientação sobre a importância da realização de mamografia.

Temos que incrementar as atividades educativas para a promoção e prevenção destas doenças na comunidade e todos os profissionais da saúde devem participar delas, fazer arquivos específicos para o controle adequado dos casos, controlar os resultados das colpocitologias e assim monitorizar adequadamente às pacientes com alterações no colo de útero e mama.

Sobre a atenção aos hipertensos e diabéticos, na minha UBS não temos protocolo ou manual técnico, mas a atenção é organizada. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos a este grupo. Todos eles têm prontuários onde são controladas as consultas feitas mensalmente. O enfermeiro tem um livro também para seu controle assim como os agentes comunitários de saúde. Todas as terça feiras são feitas as consultas do Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabeticos na UBS(Hiperdia e para essa atividade, cada agente comunitário agenda as consultas de Hiperdia aos seus pacientes uma vez ao mês.

Na análise do Caderno de Ações Programáticas vemos que na área de abrangência da UBS temos uma estimativa de 780 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados para a área que teríamos 246 hipertensos com 20 anos e 70 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes.

Temos, segundo os nossos registros 96 (39%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na UBS .

Quanto aos indicadores de qualidade vemos que dos 96 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, 34 (35%) tiveram a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, pelo o score de Framingham. Temos 16 (17%) que estão com os exames

complementares periódicos em dia. Temos 19 (25%) que estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Os 96 (100%) hipertensos acompanhados na UBS passaram por orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Outro indicador de qualidade que chama a atenção é o de que nenhum dos 96 dos Hipertensos acompanhados na UBS estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Segundo o CAP temos estimados 70 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área da UBS e a equipe acompanha 29 (41%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área .

Analisando os Indicadores de qualidade vemos que dos 29 cadastrados e acompanhados temos 9 (31%) com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 11 (38%) com exames complementares periódicos em dia e os 29 (100%) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Isto demonstra que a equipe está muito bem embasada como protocolo de atendimento ao diabético na UBS.

A questão do Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias de 6 (21%) para os diabéticos ainda é pouca considerando que justifica-se pois muitos estão trabalhando no horário de atendimento da UBS e isto dificulta o comparecimento às consultas agendadas.

Também não nos descuidamos das orientações aos 29 (100%) diabéticos acerca prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Estamos tendo dificuldades para a avaliação em saúde bucal também para este grupo onde dos 29 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, nenhum (0%) estão com a avaliação de saúde bucal em dia.

Todos os profissionais da saúde médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde participam das atividades educativas na comunidade através de palestras com orientações sobre os fatores de risco de desenvolver essas doenças e como prevení-las, sobre

obesidade, sedentarismo, tabagismo, importância da realização de exercícios físicos periodicamente, alimentação saudável e também como evitar as complicações nas pessoas já doentes.

Os idosos da área de abrangência onde atuo não têm dia específico para atenção ainda que muitos deles sejam hipertensos e diabéticos e tem programação das consultas no hiperdia com uma frequência de atendimento mensal. Os idosos são atendidos todos os dias que precisarem de atenção médica na UBS, nos dois turnos de atendimento, também são visitados na sua casa quando não podem se dirigir à UBS por alguma deficiência própria da sua idade (acamado). Não temos arquivo específico para o controle, existem os prontuários, todos têm caderneta de idosos, não temos protocolo de atendimento.

De acordo com os dados do CAP, a estimativa é de 130 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, e temos 95 (73%) idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Nenhum dos idosos acompanhados tem a Caderneta de Idoso. Isto precisa ser conversado visto que é importante sim o uso da caderneta do Idoso, pois a mesma é uma ferramenta extremamente importante para que o cuidado seja efetivo, eficiente e resolutivo, pois ela permite que o profissional ao registrar as informações de saúde do paciente na mesma, de forma a implementar a longitudinalidade do cuidado .

Avaliando-se os indicadores vemos que durante os atendimentos os profissionais não conseguem realizar as avaliações multidimensional rápida e de risco de morbimortalidade e nenhum dos 95 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS receberam avaliação de risco para morbimortalidade e não fora realizado investigação de indicadores de fragilização na velhice .

Não temos registros dos idosos que estão com acompanhamento em dia. Dos idosos acompanhados temos que 33 (35%) são hipertensos e 8(8%) são diabéticos.

Também não temos dados de quantos idosos estão com avaliação de saúde bucal em dia, porém todos os 95(100%) idosos acompanhados na UBS receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular.

A qualidade da atenção é boa são feitas muitas atividades para a saúde dos idosos como vacinação contra gripe, caminhadas, atividades recreativas, exercícios físicos, atenção pela nutricionista, e temos a fisioterapeuta do NASF que participa na reabilitação dos idosos, assim como atividades de promoção e prevenção feita pela equipe na comunidade e UBS onde tem uma importante participação os agentes comunitários de saúde.

A saúde bucal é uma das prioridades na atenção Básica, mas em nossa área de saúde não contamos com serviço de odontologia por o que não temos informassem sobre o atendimento das pessoas por esta especialidade . As pessoas tem que viajar a mais de 40 Km a cidade para poder receber atendimento de saúde bucal e a maioria não alcançam vagas.por Isso a saúde bucal de nossa área de saúde e muito precária. Eu acho que quando este pronta a UBS que esta em processo de construção com a incorporação de um equipe de odontologia melhore o atendimento e a saúde bucal dos pacientes.

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

Durante a Unidade de Análise Situacional foram identificadas as principais dificuldades para realizar um bom atendimento aos usuários e as possíveis soluções foram apontadas pela equipe para mudar a situação da saúde da população vinculada à UBS. Após de ler o texto inicial em relação à situação as ESF/APS em meu serviço e comparando com o relatório da Análise Situacional vemos que este último é um documento mais amplo, completo e profundo que expressa uma avaliação do funcionamento de nossa UBS. Com a elaboração deste relatório a equipe incorporou habilidades e experiências para procedemos uma análise situacional, refletir quais são os problemas ainda presentes para estabelecer estratégias de trabalho e fazer mudanças em virtude de melhorar a saúde de nossa comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são responsáveis por cerca de 80% da mortalidade de três condições deste grupo, a saber: doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva.

Segundo Brasil (2006, p.08) a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além das doenças renal crônica terminal.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, freqüentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 apud Brasil,2013 b pag 19).

A Hipertensão arterial tem a maior parte do seu curso assintomática e seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo de HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existente e maior acesso a medicamento. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e

controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Em se tratando do Diabetes Mellitus temos que é sempre importante a atualização dos conhecimentos relacionados à boa prática clínica na assistência ao portador de diabetes.

O diabetes é uma doença de fundo metabólico na qual existe, por parte do organismo, incapacidade total ou parcial de retirar a glicose (além de outras substâncias) do sangue e levá-las para dentro das células, provocando e mantendo níveis sanguíneos altos dessas substâncias. A não regulação da glicose no sangue dos diabéticos tem como causa a baixa sensibilidade ou a pouca produção da insulina, que é o hormônio natural dotado de tal função, no pâncreas. O tipo 2 do diabetes, que acomete pessoas mais velhas, é o mais freqüente, responsabilizando-se por mais de 90% dos casos. O diabetes, em si, não tem mortalidade elevada, quando comparado a outras DCNT (1,3 milhões de mortes no mundo), mas constitui um importante fator de risco e de disfunção (co-morbidade) para outras condições mais graves, tais como, as DCV, insuficiência renal e a cegueira. (GOULART, 2011, p. 11)

Como profissionais de saúde devemos ajudar os diabéticos a conviverem com a doença mantendo-os saudáveis. Devemos inclusive no momento de educação em saúde trabalhar sobre o “estigma do diabetes”. Ainda temos muitos “preconceitos” e tabus relativos à doença. Muitas vezes nos deparamos com portadores que buscam esconder a doença para fugir de algumas “limitações” e restrições na sua alimentação. Isto é um grande entrave para a adesão adequada do controle do diabético.

A maior parte das complicações que a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus acarreta é experienciada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos ou diabéticos. Deste modo torna-se necessária a adoção de estratégias de redução das conseqüências da pressão arterial elevada e à hiperglicemia e reduzir a necessidade de terapias á base de fármacos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. Antes de se iniciar qualquer tratamento recomendam-se alterações do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial e a hiperglicemia.

A Unidade de Saúde da Família Grota, situada no interior da cidade de Cocal, Piauí é responsável pela cobertura de cerca de 1225 pessoas. Temos atualmente um total de 105 hipertensos com mais de 20 anos cadastrados que são 246 hipertensos . Temos 34 usuários com Diabetes Mellitus (DM) com mais de 20 anos cadastrados o qual corresponde 41% dos 66 Diabéticos estimados para a área. Nossa UBS possui um registro inadequado de usuários com estas doenças crônicas. Temos um sub-registro destas doenças, isso se deve ao fato que o curso destas doenças é assintomático e seu diagnóstico tardio.

O projeto se justifica pela necessidade de melhorar o acompanhamento e monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos, realizar uma avaliação clínica mais detalhada dos mesmos e qualificar os registros.

Entendemos que este foco é um grande desafio, pois nos remete à busca do desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis de modo que possamos garantir na nossa UBS um atendimento e acompanhamento qualificado dos portadores desses agravos.

2.2. Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e /ou Diabetes Mellitus na UBS de Grota em Cocal/PI

2.2 2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
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. 2.3 Metas:

Relativas ao objetivo 1

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

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

Relativas ao objetivo 2

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 3

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

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

Relativas ao objetivo 4

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

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

Relativas ao objetivo 5

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

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

Relativas ao objetivo 6

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O intervenção foi desenvolvida no período de 12 semanas na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Grota, situada no interior da cidade de Cocal, Piauí. A área de abrangência da USF é responsável pela cobertura de cerca de 1223 pessoas. Temos atualmente um total de 105 hipertensos com mais de 20 anos cadastrados e 34 pacientes com Diabetes Mellitus (DM) com mais de 20 anos cadastrados

2.3.1 Detalhamento das Ações

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

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: • Monitorar o número de hipertensos e/ou Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Monitorar a cobertura de todos os pacientes maiores de 18 anos que assiste a UBS e nas visitas domiciliares para fazer o cadastramento e o rastreamento de HAS e DM.

Com o apoio do ACS_ estaremos realizando um levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não esteja cadastrados na UBS.

Também para realizar esse levantamento pretendemos revisar o prontuário clínico de todos os diabéticos e hipertensos cadastrados, revisar ficha familiar e arquivo específico.

No eixo de Organização e Gestão do Serviços:

Ações:

- Garantir o registros dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa
- Melhorar o acolhimento para os paciente hipertensos e/ou diabéticos .
- Garantir material adequado para a aferição de medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para os diabéticos(esfigmomanômetro,manguito,fitamétrica,glucometro).

Detalhamentos: Atualizar o registro semanalmente e monitorar. Acolher todos os pacientes maiores de 18 anos que procurem a UBS, garantindo a aferição da PA de todos pacientes monitorado pelo técnica de enfermagem e/ou médico e/ou enfermeira, está atividade será realizada diariamente no horário de funcionamento da UBS . Garantir material adequado para a tomada de medida de pressão arterial ,para isto tem segurança de que o calibragem do esfigmomanometro esteja certa e que tenhamos o uso adequado do manguito de acordo com o tamanho do paciente(esfírgomomanômetro para o individuo adulto e para o obeso).Garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

No Eixo de Engajamento Publico:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HA e DM da unidade de saúde .
- Informar a comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idades pelo menos anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabete.

Detalhamento: Orientar a comunidade da importância da verificação PA e do rastreamento da DM, através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na próprio UBS e na comunidade, isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde

No eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

-Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Metas:

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

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamentos: Orientar aos membros do equipe sobre a importância de fazer um exame clínico adequado ao 100% dos pacientes hipertensos y diabéticos em cada consulta e avaliar aos que precisam atendimento odontológico e encaminhar para odontologia.

No eixo de Organização e Gestão do Serviços:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabeticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Orientar y capacitar aos membro do equipe de acordo com os protocolo para e gestionar a realização dos exames complementares ao 100% dos pacientes que precisem além de garantir que o 100% dos pacientes recebam os medicamentos na unidade de saúde.

No Eixo de Engajamento Publico:

Ações:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

Detalhamento: Orientar em cada consulta e durante as visitas domiciliares mediante palestras a importância dos exames complementares para diagnóstico oportuno das complicações e sobre os direitos que tem de receber o tratamento de forma gratuita na farmácia popular.

No eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar oficinas com todos os membros do equipe para atualização sobre tratamento da hipertensão e diabetes assim como capacitar o equipe sobre as doenças odontológicas que precisam atendimento e orientar adequadamente aos pacientes.orientar sobre os direitos dos pacientes de receber tratamento gratuito e como acessar.

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

METAS:

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

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Registrar o mesmo dia da consulta programada qual são os pacientes faltosos e informar aos agentes de saúde .

No eixo de Organização e Gestão do Serviços:

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Logo de concluída a consulta orientar ao agente de saúde sobre os pacientes faltosos para que visitem e orientem sobre a importância das consultas. programar consulta na mesma semana.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento: Informar a comunidade mediante palestras a importância da realização das consultas e sobre a periodicidade das mesmas.

No eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento: Realizar capacitação aos ACS sobre a importância e periodicidade das consultas aos pacientes hipertensos e diabéticos com o objetivo de que orientem adequadamente aos pacientes.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

Detalhamento: Monitorar diariamente que o 100% dos usuários hipertensos e diabéticos tenham ficha de acompanhamento e seja atualizada em cada consulta adequadamente.

No eixo de Organização e Gestão do Serviços:

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame

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

Detalhamento: Durante a reunião com equipe pactuar o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: orientar a traves de palestras nas consultas e durante a visita domiciliar aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

No eixo de Qualificação Da Pratica Clinica:

Ações:

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

Detalhamento: Brindar aula de capacitação a todos os membros da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Metas:

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

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

Detalhamento: Monitorar em cada consulta quais usuários apresentam realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

No eixo de Organização e Gestão do Serviços:

Ações:

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

Detalhamento:

Programar as consultas e visitas domiciliares com maior frequência aos usuários avaliados como alto risco cardiovascular

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Durante as consultas, visitas domiciliares, palestras orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento

regular. Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

No eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Brindar aulas de capacitação a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e a estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas:

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

6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ações:

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

Detalhamento: Monitorar em cada consulta a realização de palestras ao 100% dos pacientes

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Em conjunto com o NASF Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e práticas coletivas para orientação de atividade física condonar com o gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

No Eixo de Engajamento Publico:

Ações:

- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Realizar palestras para orientar aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

No eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Brindar aulas de capacitação a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas, para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores propostos neste projeto serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas .

Referente ao Objetivo 1

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 2

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 3

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

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.

Relativas ao objetivo 4

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.

Relativas ao objetivo 5

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 6

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 pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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 diabético cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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 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 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 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

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção a Hipertensão e Diabetes na UBS de Grota ,a equipe adoto como Protocolo os Caderno n 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Os Instrumentos de registros específicos do atendimento e das ações realizadas adotados pela equipe serão: Prontuários individual, Ficha-espelho (individual) ,Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos também utilizaremos dados do SIAB (Ficha A) e da ficha-B hipertensos e diabéticos dos ACS.

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal orientações recebidas e participação de atividades educativas, por isso para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e a enfermeira vão anotar estes dados na Ficha Espelho.

Faremos contato com os gestores municipais para dispor das fichas necessárias e imprimir as fichas complementares que foram anexadas aos prontuários das pacientes.

Pretendemos, durante a intervenção cadastrar 100 % dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da area de abrangência da unidade de saúde e Diabéticos e 100% nas metas dos indicadores de qualidades para as duas doenças.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente realizaremos um levantamento do numero hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HA e à DM na UBS.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e médico revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 4 meses. As profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e para a Ficha Complementar, ao mesmo tempo realizaremos o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com medida da sensibilidade dos pés.

Para registro das informações de atendimento para viabilizar o monitoramento das ações utilizaremos instrumentos de coleta de dados para

uso dos profissionais da unidade o prontuário clínico individual, a ficha espelho e Ficha Complementar.

Organizaremos o “arquivo específico” que proporcione revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará muito a busca de faltosos.

Para a organização do arquivo os prontuários com ficha-espelho e ficha complementar serão organizados por ACS .

Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pelo médico e enfermeiro semanalmente para monitorar indicadores de qualidade.

Monitoraremos a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos/diabéticos, bem como sobre a periodicidade recomendada para estes exames. Também será monitorado semanalmente os hipertensos/diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Também monitoraremos o acesso dos diabéticos e hipertensos a medicamentos da Farmácia Popular.

Monitoraremos o Livro de Registros onde se registra a aferição da PA e realização de Glicemia capilar de todos os pacientes maior de 18 anos que freqüentem a UBS.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e diabéticos e estabelecer os faltosos a consulta, serão revisados os registro da Ficha-b hipertensos e diabéticos pelo ACS que nos informará na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

Será analisado o livro de registro de hipertensos e diabéticos, com o objetivo que todos os pacientes cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal

No monitoramento de estratificação do risco cardiovascular em diabético e hipertenso, será revisado pelo médico nos dias indicados para o atendimento de hipertenso e diabético no prontuário individual segundo protocolo que deve

está realizado ao menos uma vez ao ano a todos os pacientes e os que não tenha sido feita essa avaliação, será feita durante a consulta médica.

Mensalmente a enfermeira e o médico examinarão as fichas espelho, fichas complementares e Planilha de Monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção.

O Monitoramento dos dados será realizado semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais.

No eixo de organização e Gestão do serviço inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe. Buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da APS.

Para efeito de levantamento de dados e atualização do número de Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe utilizaremos os dados dos ACS fornecidos pela Ficha A do SIAB.

Com o apoio dos ACS buscaremos cruzar as informações do SIAB com os dados levantados na UBS para sabermos a real cobertura da equipe nesta ação programática.

Para garantir o registro dos hipertensos/diabéticos no Programa a equipe estará atendendo aos Hipertensos e diabéticos com consulta programada na terça e quinta feira durante a semana.

Os agentes comunitário de saúde farão busca ativa de todos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência. Em todas as visitas domiciliares o ACS informarão sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus UBS bem como sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial

sustentada maior que 135/80 mmHg bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

O Cadastramento durante a Intervenção será realizado pelo médico e enfermeiro na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar, com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde .

O acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos, será realizada pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consulta de rotina tiveram prioridade no agendamento, sendo que a demora foi menor do que 7 dias.

Semanalmente o ACS fará busca ativa dos cadastrados que não tiverem comparecido no serviço na data da consulta programada agendada.

Buscaremos assegurar com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos.

Buscaremos também junto à gestão assegurar o encaminhamento do Hipertenso e Diabético a exames complementares a outros níveis do Sistema.

Organizaremos as agendas do médico e enfermeiro para acolher a demanda referenciada destes usuários das demandas espontâneas bem como das provenientes das buscas ativas.

Organizaremos a agenda da equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal do município de forma que garantamos o atendimento em saúde bucal para os Hipertensos e Diabéticos, principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após a avaliação do médico e do Enfermeiro da equipe.

Incentivaremos a equipe para o encaminhamento e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

O ACS semanalmente nas visitas domiciliar fará busca ativa dos faltosos às consultas clínicas e dos atendimentos odontológicos e organizará em conjunto com o medico e enfermeiro a agenda para acolher esses usuários..

No Eixo de Engajamento Público, para sensibilizar a comunidade, serão realizadas reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informo a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitaremos o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertenso e diabético, orientando-os sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento dessas doenças. Orientaremos os hipertensos e diabéticos e à comunidade quanto aos riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares. Sensibilizaremos os hipertensos e diabéticos e à comunidade sobre a importância de assistir às consultas agendadas Estas atividades de educação em saúde se realizarão através de palestras , conversas , atividades com grupos de hipertensos e diabéticos ,e serão responsável o medico e o enfermeiro ,porém com a participação de toda a equipe .

No eixo de Qualificação da Prática Clínica , para viabilizar a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo temos que a análise situacional da definição de o foco de intervenção foi discutido com a equipe na UBS,assim começamos com a capacitação sobre o Protocolo do Hipertensão e Diabetes pelo MS para que toda a equipe utilizara iguais referencias com o manejo dos pacientes hipertensos e diabéticos. As reuniões e capacitações ocorrerão na UBS forem reservadas duas horas ao final do expediente, no horário da reunião da equipe e forem realizadas nas duas primeiras Semanas da Intervenção. As capacitações acerca do protocolo serão ministradas/coordenadas pelo médico, enfermeiro. Inicialmente trabalhamos sobre os fatores de risco para estas duas doenças. Capacitamos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e utilização correta da Ficha B do SIAB. Capacitaremos a Técnica de Enfermagem para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80

mmHg. Médico e enfermeira buscarão atualizar sobre a realização de exame clínicos apropriados e exames complementares baseados no Protocolo e para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sua importância do registro desta avaliação. Serão também orientado em capacitação a equipe sobre estratificação de risco, mesmo que esta avaliação seja feita em consulta clínica, toda a equipe deve conhecer os critérios desta estratificação. Discutiremos na capacitação as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular /hiperdia. Buscaremos capacitar os ACS e demais componentes da equipe para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à importância do acompanhamento regular das consultas e sua periodicidade.

3 Relatório da intervenção

Durante estas 12 semanas de desenvolvimento do trabalho de intervenção na UBS Grotas do município Cocal, estado Piauí, se tratou de fazer todas as atividades como se planejaram no cronograma, a logística, a planilha de objetivos, metas, indicadores e ações planejados no Projeto de Intervenção.

3.1 Ações previstas no projeto a serem desenvolvidas durante o trabalho de intervenção e que foram realizadas (facilidades e dificuldades):

No eixo de monitoramento e avaliação, no transcurso destas 12 semanas se realizaram sempre na quinta-feira, às 16h30min a reunião com o equipe para o monitoramento e avaliação de todas as atividades do projeto de intervenção desde seu cumprimento até a qualidade do preenchimento das fichas espelhos, assim como o preenchimento dos formulários. Fizemos análise do comportamento dos indicadores de Cobertura, Qualidade, Adesão, Registro, Avaliação de Risco, e Promoção da Saúde e avaliando cada resultado alcançado pudemos avaliar se estavam sendo alcançados os objetivos propostos e isto nos alertava sobre a necessidade de mudanças nas estratégias traçadas.

No eixo de organização e Gestão dos Serviços, logo na primeira semana se realizou uma pequena reunião com a equipe de saúde, para apresentar a intervenção previamente conhecida na divulgação do projeto de intervenção, onde se solicitou o apoio para a logística da intervenção, definição do papel de todos os profissionais nas ações programáticas, organização para a impressão das fichas espelhos necessária para o desenvolvimento do projeto. Abordou realizar os testes de glicemia capilar ao total de pacientes de risco e aos

diabéticos , assim como testar a pressão arterial de todos os maiores de 18 anos que assistirem ao posto e registrar.

Na primeira semana foi um pouco difícil o trabalho porque o equipe mudo e trabalhamos sem assistente de enfermagem mais o trabalho foi realizado com êxito.

Tivemos muitas dificuldades com as consultas com odontologia porque em nosso posto não temos equipe de odontologia e o município só tem um no posto de são Pedro a mais de 40 km de distância na cidade e com a realização dos exames complementários porque a maioria das pessoas são de baixos recursos econômicos e para obter benefícios por o SUS tem que viajar mais de 160 Km para cidade de Parnaíba porque o município não tem laboratórios vinculados com o SUS .

No eixo de Engajamento Público: nestas semanas de trabalho se realizou vários contatos com gestores e ACS como líderes da comunidade para diante as visitas domiciliares brindarem orientações sobre a importância das consultas de HIPERDIA importância da alimentação saudável , da prática de exercícios físicos, assim como orientar a necessidade de avaliação por odontologia ,também se brindou orientações Foram realizadas 3 atividades de educação em saúde na comunidade com temas relacionados com a hipertensão arterial e a diabetes mellitus , nutrição saudável e pratica de exercícios físicos onde participaram todo o pessoal do CRAS e NASF(assistente social, psicóloga, Nutricionista e fisioterapeuta),algumas destas atividades não foram cumpridas em data do cronograma porque foram prejudicadas por dificuldades com o transporte , chuva,mas foram cumpridas em outra data.

Todas as semanas como rotina da equipe que trabalha na zona rural, com apoio do ACS e a técnica de enfermagem, faz atividades de educação para a saúde de temas diversos: alimentação saudável , tabagismo,pratica de exercícios físicos atendimento odontológico, saúde bucal.

No eixo de Qualificação da pratica clinica tivemos: ação de capacitar ao equipe de saúde iniciou se na primeira semana e estendeu se há duas semanas . Esta capacitação se realizou na UBS e foi feita pelo médico. Capacitaram se os ACS

para a busca de hipertensos y diabéticos faltosos, teste adequado da pressão arterial, da glicemia capilar e preenchimento adequado da ficha espelho .Realizou se capacitação a todos os profissionais sobre o acolhimento dos usuários de HIPERDIA dando prioridades nas consultas na segunda semana de intervenção.Capacitação ao equipe sobre saúde bucal na segunda semana, onde se analisaram os problemas com a diretora do posto de saúde e secretaria de saúde para melhorar a atenção aos usuários de HIPERDIAe associado a uma saúde bucal adequada com vista a melhorar os indicadores.

3.2) Ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestas 12 semanas e que não foram desenvolvidas;

Tivemos dificuldade com o atendimento odontológico primeiras 8 semanas , melhorado o atendimento aos usuários de HIPERDIA melhorando nas ultimas 4 semanas por um acordo com o equipe da UBS São Pedro de atender 4 usuários

Tivemos também dificuldades com a realização dos exames complementários a traves do SUS porque os usuários tem que viajar mais de 160 Km para obter esse beneficio e a maioria são de baixos recursos

Não foram também realizadas a atividade educativa do odontólogo os usuários de HIPERDIA conforme estava previsto no Cronograma.

Também não tivemos a reunião da equipe com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância do controle da hipertensão arterial solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias que serão implantadas. Sempre tivemos apoio dos ACS.

3.3) Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores;

Em realidade nas primeiras semanas tivemos problemas no preenchimento correto das fichas espelhos por falta de pratica nos profissionais, problema que

foi resolvido imediatamente, além disso, no dia de conciliação sabia de HIPERDIA que foram acompanhados nessa semana e não se havia preenchido a ficha espelho, tivemos problemas com vários indicadores que foram resolvidos no transcurso das próximas semanas, não tivemos problemas com as planilhas de coleta de dados , já que o equipe tomo estratégias para o fechamento das planilhas.

3.4) Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que estão funcionando adequadamente ou que serão melhorados para que a incorporação ocorra.

As ações previstas no projeto todas estão vinculadas com a rotina da UBS porque se aproveita todos os momentos das atividades diárias da equipe para aplicar o que está previsto no projeto, por exemplo: Busca ativa de hipertensos e ou diabéticos faltosos, busca de alternativas para brindar atendimento odontológico aos usuários de HIPERDIA brindar atividades de educação em saúde. o equipes esta em função de que o projeto cumpra seus objetivos e metas. Deve ser melhorado o espaço físico da sala de espera da UBS , para o melhor acolhimento do usuário para desenvolver as atividades com os grupos de usuários, já que esta unidade de saúde é nova e ainda tem poucos recursos.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Grotá, situada no interior da cidade de Cocal, Piauí. A equipe tem na área de abrangência da UBS 1.230 pessoas.

O Objetivo principal da Intervenção foi melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da população vinculada a equipe. Foram avaliados neste processo de intervenção os usuários adultos maiores de vinte anos num período de 6 de abril a 29 de junho do ano 2015 constituindo assim em doze semanas de intervenção.

A intervenção estava prevista para ser realizada num período de 04 meses (16 semanas), porém devido a orientações da Coordenação do Curso a intervenção foi realizada em 12 semanas.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análises estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da UBS tanto com relação a estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita a USF. Após esse análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado nos Cadernos de Atenção Básica de Doenças Crônicas não Transmissíveis- Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde, 2013 para a capacitação de todos os membros da equipe.

Após essa análise decidimos viabilizar ações e atividades para ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado no posto de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doenças

cardiovascular e promover a saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa.

Na fase de Análise Situacional, segundo o CAP, para a população da área de abrangência da equipe teríamos 780 pessoas com 20 anos ou mais na área da UBS e dentre eles teríamos 246 Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 70 Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. De acordo com os dados da UBS tínhamos conhecimento de 96 (39%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS e 29 (41%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Nossa UBS possuía um registro inadequado de usuários com estas doenças crônicas ou seja, um sub-registro então, ao iniciar a intervenção realizamos novo levantamento e detectamos que na área de abrangência haviam 105 hipertensos com 20 anos ou mais e 34 diabéticos com 20 anos ou mais.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas.

A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

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

Meta 1:Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

De acordo com a Figura 3, no 1º mês foram avaliados 42 (40%) hipertensos, no 2º mês cadastramos 77 (73%) usuários com hipertensão, e no 3º mês finalizamos a intervenção com 105 (100%) hipertensos da área de abrangência cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Os cadastros foram aumentando à medida que avançávamos no trabalho. Os resultados obtidos durante o período de intervenção foram valiosos e contamos especialmente com a participação dos Agentes comunitários (ACS) na atualização dos dados de mapeamento da

população de Hipertensos e Diabéticos e atualização do SIAB (Ficha A e ficha-B hipertensos e diabéticos).

Também os ACS foram importantes na busca ativa de todos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência. Também com a ajuda dos ACS conseguimos garantir participação dos hipertensos em cada uma das atividades feitas por nossa equipe, da busca e organização dos locais onde se desenvolviam as atividades de educação em saúde. Devemos ressaltar que foram muito importantes nas visitas domiciliares orientando às famílias para o Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos da UBS e a importância do acompanhamento regular nas consultas agendadas.

Para melhorar o acolhimento dos hipertensos, primeiramente a equipe recebeu capacitação sobre o protocolo de atendimento adotado e foram definidos os profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento. Foi organizada a agenda de consultas médicas e de enfermagem, a fim de organizar as consultas de retorno e as primeiras consultas encaminhadas pelos agentes de saúde e também da demanda espontânea. Para os usuários que vieram a UBS com queixa aguda relacionada a esta patologia foi garantida consulta no mesmo dia.

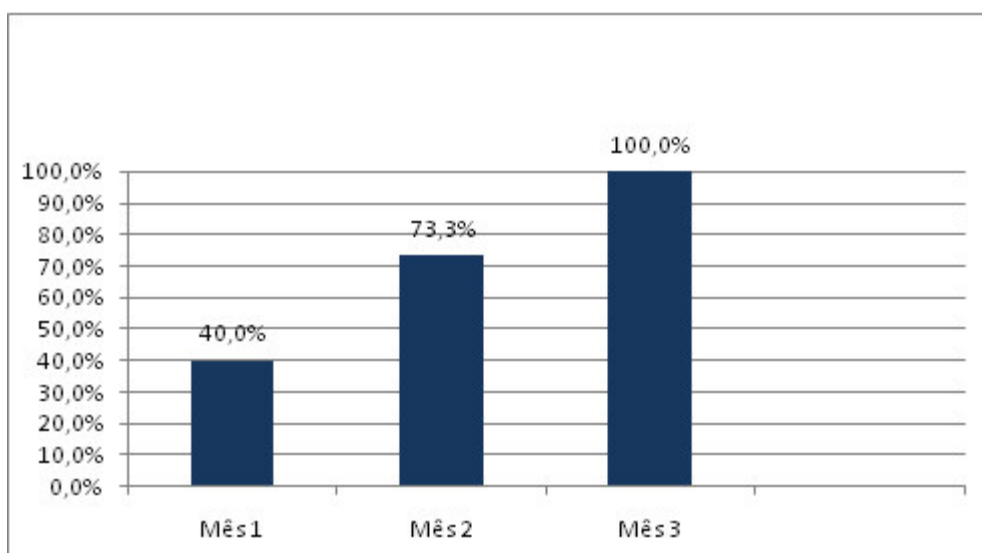


Figura 3 Gráfico Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS GROTA. 2015
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Para os usuários com diabetes a meta era cadastrar 100% dos usuários que pertenciam à área de abrangência de nossa UBS. Iniciamos a intervenção com 29 pacientes cadastrados e ao final da intervenção tínhamos cadastrados 34 usuários com DM chegando a uma cobertura de 100%. Isso foi devido aos casos novos cadastrados. De acordo com a Figura 4 no 1º mês foram cadastrados 16 (47,1%) usuários diabéticos, no 2º mês chegamos a 32 (94,1%) diabéticos cadastrados (94,1%), e no 3º mês finalizamos a intervenção com 34 (100%) usuários diabéticos cadastrados no programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. O alcance da meta proposta também teve participação muito importante dos ACS. Foi capacitada a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste, preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas. O monitoramento da cobertura dos diabéticos cadastrados no programa ocorreu semanalmente através da revisão das fichas de cadastro dos agentes comunitários de saúde, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilha próprias para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização.

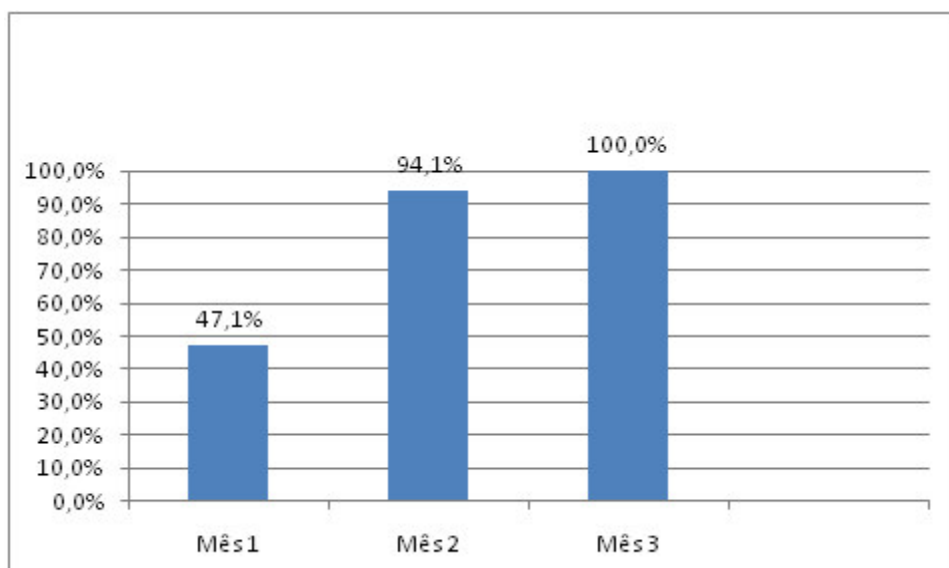


Figura 4 Grafico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS GROTA. 2015
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

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

Na Figura 5 observamos que a proporção de hipertensos cadastrados que apresentam exames clínicos em dia foi de 26 (61,9%) no primeiro mês, 60 (77,9%) no segundo mês e ao concluir o terceiro mês estávamos com 85 (81,0%) dos 105 hipertensos cadastrados com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. Não conseguimos cumprir a meta devido a que temos pacientes que trabalham desde horas da madrugada ate a noite e a consulta foi realizada em lugares inapropriados para um bom exame físico e outros pacientes estão temporalmente fora da área de saúde mais ficamos comprometidos em continuar trabalhando ate lograr o planejado. Foram desenvolvidas várias ações: Monitoramento do número de hipertensos com exames clínicos de acordo com protocolo adotado na unidade de saúde, Para o monitoramento se realizou exame clínico aos pacientes com HAS, foi preenchida numa planilha de coleta de dados e o registro foi feito em todas as consultas pelo médico e enfermeira utilizando a ficha específica do programa. Além disso, forem capacitados os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Foi garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

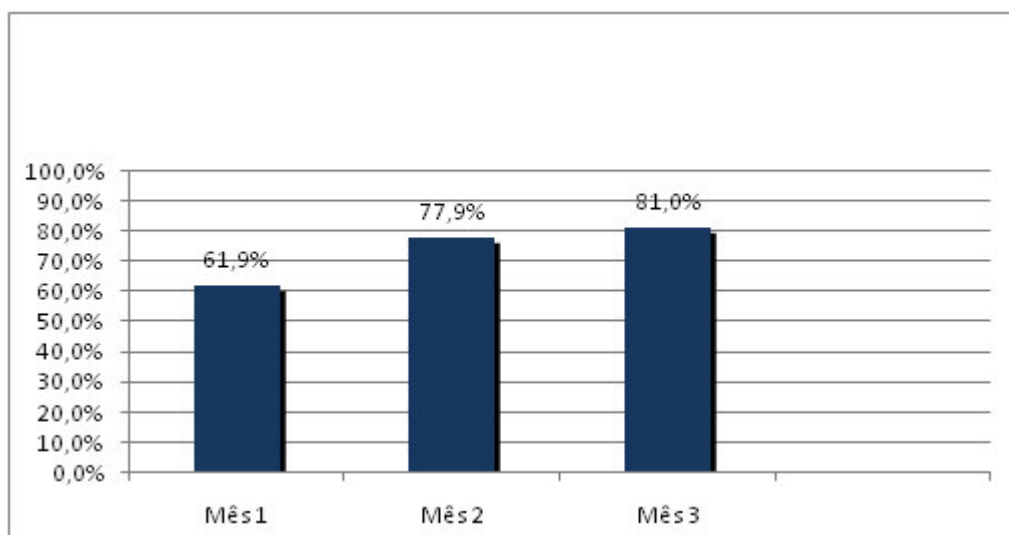


Figura 5 Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS GROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador2. 2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Na Figura 6 observamos que a proporção de diabéticos que apresentam exames clinica em dia no primeiro mês quando iniciamos a intervenção foi de 13 (81,3%), no segundo mês chegamos ate 29 (90,6 %) e no terceiro mês estávamos com 31 (91,2%) dos 34 diabéticos cadastrados com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Não logramos nosso objetivo de alcançar a meta porque tivemos dificuldades com a realização do exame físico dos usuários com diabetes ainda que os exames clínicos realizados seguissem o que estabelece o protocolo. Foram desenvolvidas várias ações como o monitoramento do número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e para o monitoramento , durante o exame clinico foi realizado o registro apropriado nas fichas espelho , em todas as consultas pelo médico e enfermeira. Além disso, foram capacitados os profissionais de acordo com o protocolo adotados pela unidade de saúde. Foi garantido o material adequado

material para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, além disso, foram solicitados a secretaria de saúde fitas para a aferição da glicemia capilar e fita métrica para as medidas de circunferência abdominal e braquial o que foi garantido ao 100%.

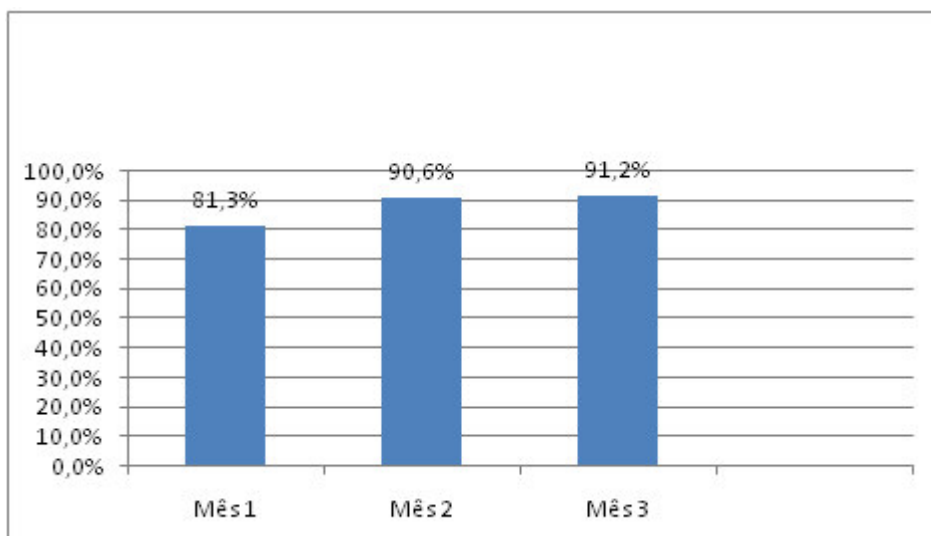


Figura 6 Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS GROTA, 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

De acordo com a Figura 7 vemos que a proporção de hipertensos cadastrados que apresentam exames periódicos em dia no primeiro mês quando iniciamos a intervenção foi de 15 (35,7%) usuários, no segundo mês foram 34 (44,2 %) e no terceiro mês finalizamos 52 (49,5%) dos 105 hipertensos cadastrados com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Não conseguimos alcançar esta meta, pois a nossa área de saúde fica no interior do município mais de 40 km de distância e a maioria das pessoas da população não tem muitos recursos financeiros e para se deslocarem para ir realizar os

exames solicitados não dispõem de transporte público. Ademais o município não tem nenhum laboratório associado ao SUS e a pessoa para fazer exames pelo SUS tem que viajar mais de 160 km para a cidade de Parnaíba e o valor da passagem para muitos é inacessível. Independentemente de buscamos varias estratégias com os gestores municipais onde fizemos a sugerencia de adesão de laboratórios privados do município ao SUS, equipar o hospital do município e contratar profissionais para a realização dos exames ao menos os de rotina . não tivemos uma mudança positiva em isso, embora continuamos trabalhando e orientando aos pacientes e os familiares sobre a importância dos exames complementares para o diagnostico precoce das complicações desta doença.

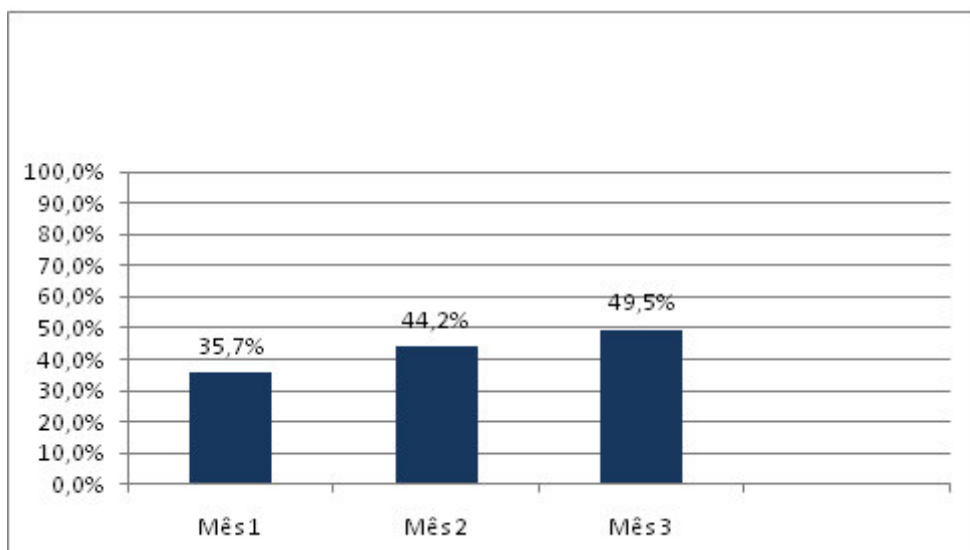


Figura 7 Grafico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBSGROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Na Figura 8 observamos que a proporção de diabéticos que apresentam exames periódicos em dia no primeiro mês quando iniciamos a intervenção foi de 7 (43,8 %) dos cadastrados, no segundo mês foram 17 (53,1%) e no terceiro mês finalizamos com 18 (52,9%) diabéticos dos 34 cadastrados com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Não alcançamos esta meta pelo mesmo motivo que colocamos na análise do Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

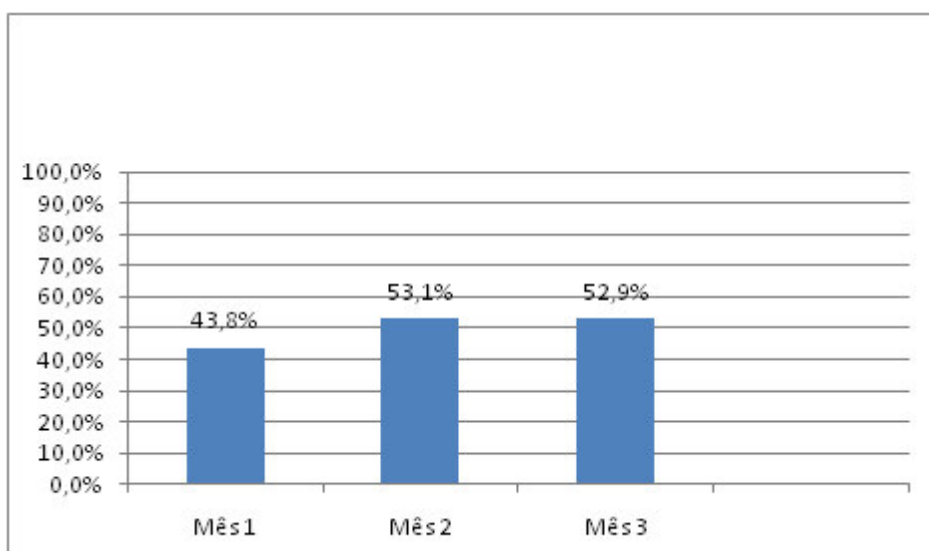


Figura 8 Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBSGROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador r2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Analisando a proporção de usuários hipertensos cadastrados com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia, no mês 1 tínhamos 42 (100%) hipertensos com prescrição de medicamentos, no segundo mês foram 72 (100 %) e no terceiro mês encerramos a intervenção com 99 (100 %) hipertensos com prescrição medicamentosa e com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia. Vemos que dos 105 hipertensos

cadastrado apenas 99 tivera necessidade de prescrição medicamentosa. Em este aspecto podemos falar que a farmácia de na USB apresenta os medicamentos necessários, para o controle de esta doença. Foi elaborado um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, onde a técnica de farmácia mantida estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. O protocolo ajudou para que a equipe buscasse prescrever os medicamentos disponíveis na rede e que buscássemos programar a cada prescrição e atendimento a conscientização dos usuários da necessidade do uso da medicação conforme prescrito. No início da intervenção, a maioria dos usuários não consumiam os medicamentos oferecidos pela farmácia Popular. Situação que foi mudando com o andamento da intervenção.

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

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

Através da coleta dos dados referidos verificamos no primeiro mês da intervenção que os 16 (100 %) diabéticos atendidos tiveram prescritos os medicamentos da farmácia popular , ao concluir segundo mês chegamos ate 31 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 33(100 %)diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. . Só um paciente não toma medicamentos porque controla a doença com a dieta. Aqui acontece o mesmo que com os pacientes que apresentam hipertensão arterial, Em este aspecto podemos falar que a farmácia de na USB apresenta os medicamentos necessários, para o controle de esta doença.

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

Indicador2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

De acordo com a Figura 9 no primeiro mês da intervenção dos 42 pacientes atendidos 25 (59,5%) foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico, no mês 2 foram 59 (76,6%) dos 77 cadastrados e finalizamos o mês 3 com 84 (80 %) dos 105 hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Não logramos fazer avaliação ao 100% dos pacientes porque algumas consultas foram feitas fora da UBS porque os pacientes não assistiram para consulta marcada e outros não permitiam que examinaram sua boca por vergonha.uma coisa que afetou muito foi a falta de um equipe de odontologia em nossa UBS que apoiara com isso. Mais a maioria dos pacientes forem avaliados por o medico e a enfermeira. Os poucos pacientes que receberam atenção odontológicas foi no posto de são Pedro logo de coordenar com a gestora .

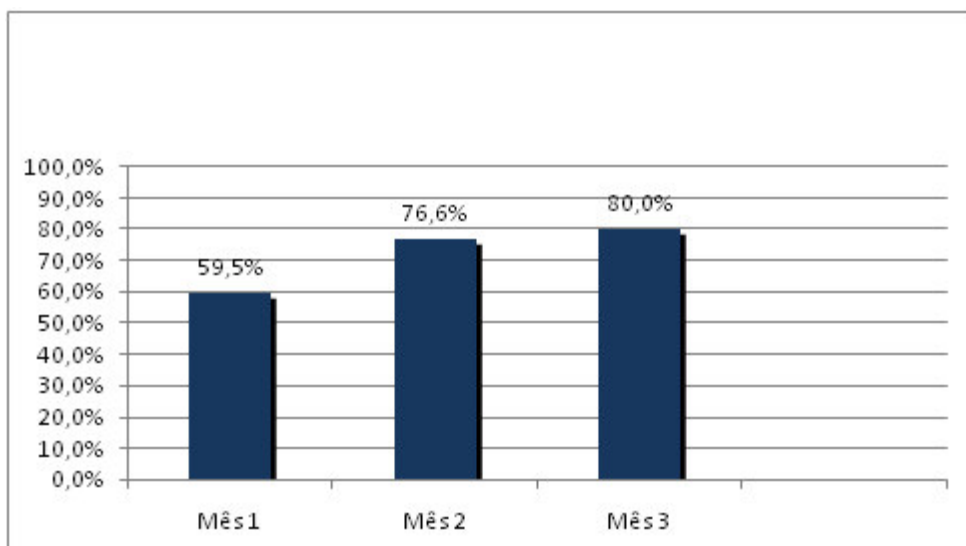


Figura 9 Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS GROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Em relação da avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos pacientes tivemos as mesmas dificuldades que com os pacientes hipertensos para garantir que 100% foram avaliados . De acordo com Figura 10 vemos que no primeiro mês foram 12 (75,0%) dos 16 diabéticos cadastrados tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês foram com 28(87,5%) dos 32 cadastrados e finalizamos o mês 3 com 30(88,2%) dos 34 diabéticos cadastrados tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico Independentemente de que na maioria foi feita a avaliação por parte de nosso equipe, foram poucos os que receberam atendimento odontológico .

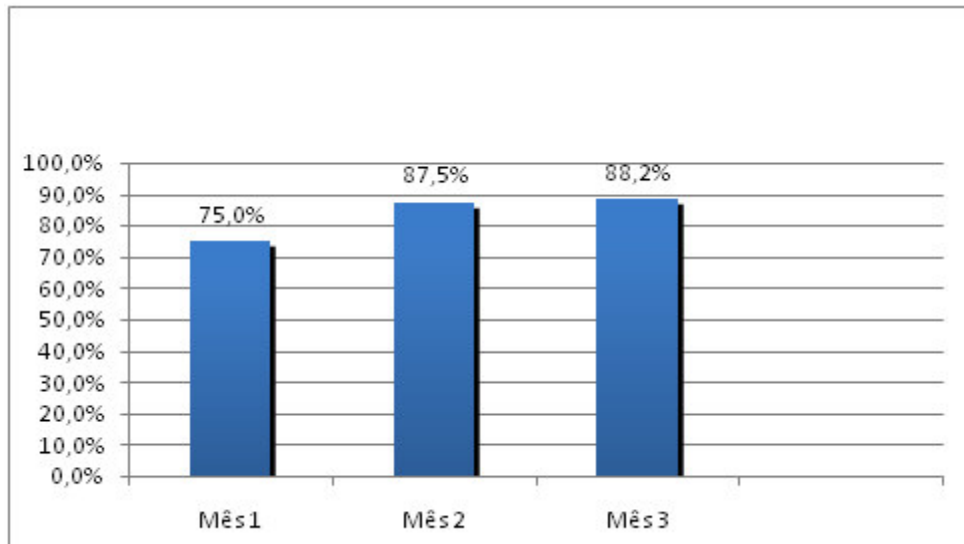


Figura 10 Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS GROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Relativas ao objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

Em relação ao objetivo melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa a primeira meta foi buscar aos 100% dos hipertensos faltosos às consultas, conforme a periodicidade recomendada de acordo com a Figura 11 no mês 1 tivemos 19 hipertensos faltosos à consulta agendada e aos 19 (100%) foram realizadas busca ativa. No Mês 2 foram 31 hipertensos e 30 (96,8%) foram buscados e finalizamos a intervenção com 38 faltosos onde aos 38 (100%) foram realizadas as buscas ativas.

Como se pode observar foi um trabalho muito intenso para os agentes de saúde, pois o mesmo tiveram que procurar uma grande quantidade de paciente para que assistissem a consulta como o estabelecem os protocolos. Somente aqueles que estão temporalmente fora da área de saúde ainda ficam pendentes de atendimento.

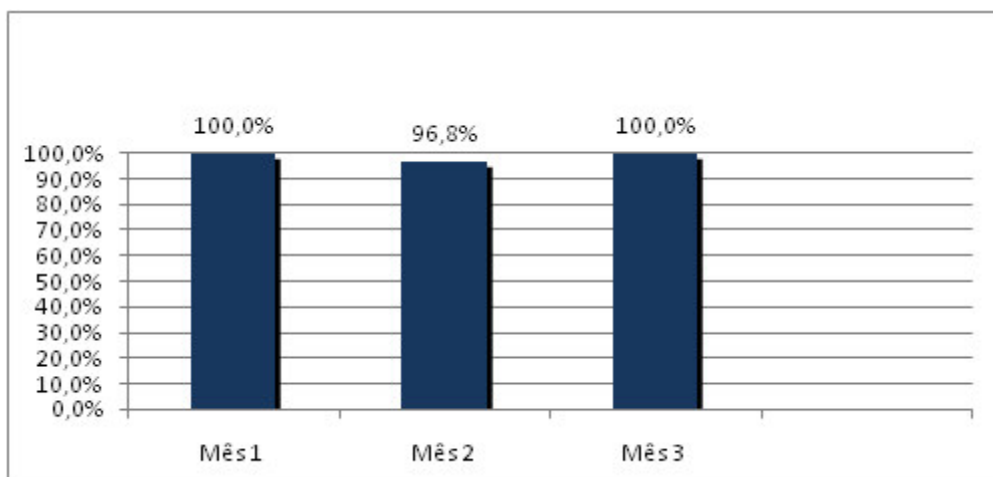


Figura 11 Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. na UBS GROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

De acordo com a Figura 12 tivemos 4 diabéticos faltosos à consulta agendada e aos 4 (100%) foram realizadas busca ativa. No Mês 2 faltaram 9 diabéticos e 8 (88,9%) foram buscados e finalizamos a intervenção com 9 diabéticos faltosos onde aos 9 (100%) foram realizadas as buscas ativas graças ao trabalho dos agentes de saúde foi logrado a visita de todos os pacientes faltosos

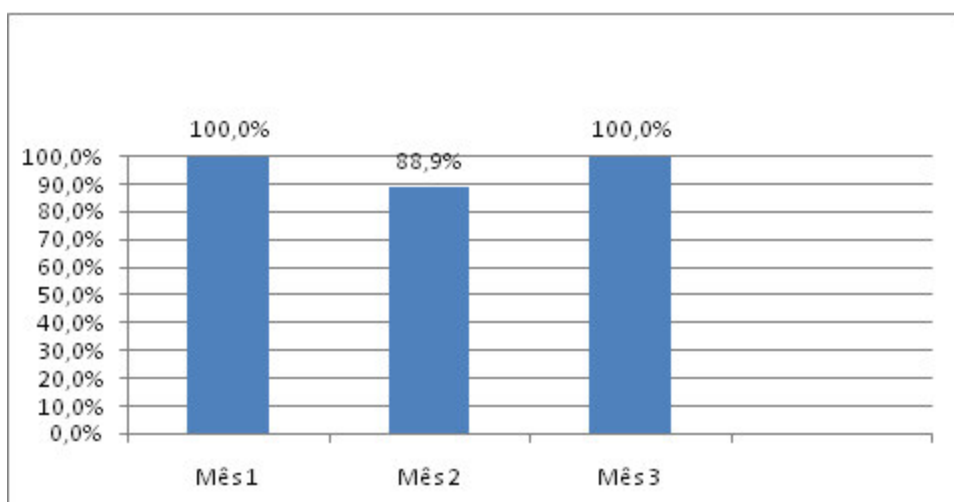


Figura 12 Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. na UBS GROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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.

De acordo com a Figura 13 observamos no primeiro mês que dos 42 hipertensos cadastrados 37 (88,1 %) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. No mês 2 dos 77 hipertensos cadastrados 72 (93,5%) com registro adequado na ficha de acompanhamento e finalizamos a

intervenção com dos 105 hipertensos cadastrados 100 (95,2%) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento ., Somente os pacientes que estão ainda pendentes de consulta por estar fora temporalmente de nossa área de saúde são os que faltam por preencher sua ficha de acompanhamento com todos os dados. Ainda estamos trabalhando com as que faltam, mas agradecemos a labor de todo pessoal de saúde y de nossa equipe, secretaria da UBS, Enfermeiros e recepcionista. Foi organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta em quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento. Além disso, foram coletados em todas as consultas numa planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa.

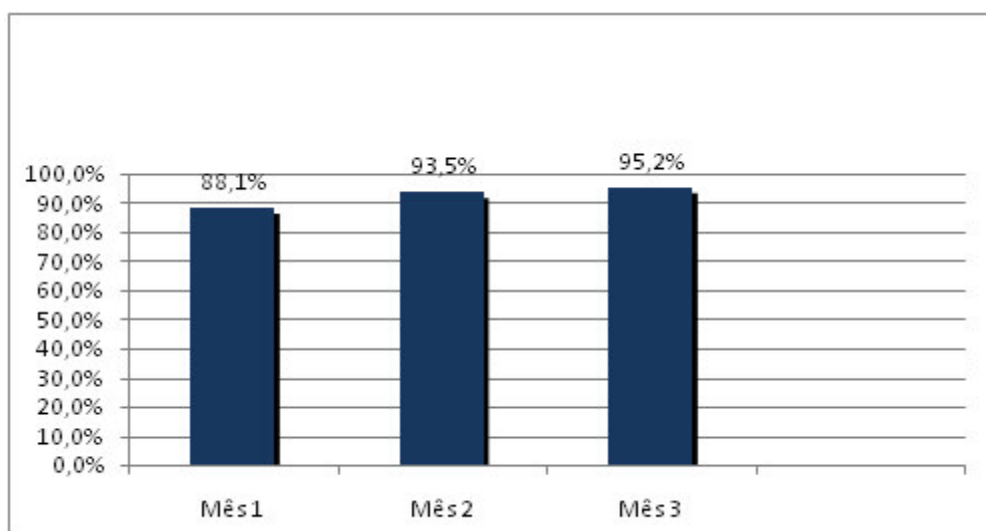


Figura 13 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBSGROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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.

Durante os três meses da intervenção conseguimos manter o livro de registros, a ficha de acompanhamento (ficha Espelho) e o cartão do usuário diabéticos cadastrado atualizados a cada consulta ou acompanhamento. No final da intervenção os 34 usuários com diabetes tiveram registro adequado, onde foram 16(100%) no primeiro mês, 32(100%) no segundo mês e os 34 (100%) diabéticos cadastrados estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento

Relativas ao objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Durante os três meses da intervenção conseguimos realizar estratificação do risco cardiovascular em 71 (67,6%) dos 105 hipertensos cadastrados.

De acordo com a Figura 14, no mês 1 foram 22 (52,4%) dos hipertensos cadastrados avaliados com estratificação de risco cardiovascular, no mês 2 foram 46 (59,7%) e finalizamos a intervenção no mês 3 com 71(67,6%) do 105 hipertensos cadastrados com a estratificação do risco cardiovascular realizada.

. Esta meta foi impossível de alcançar por a falta de dados clínicos e da falta de exames laboratoriais como o colesterol que é muito importante conhecer para fazer uma avaliação adequada. Mais ainda continuamos trabalhando para alcançar nossa meta.

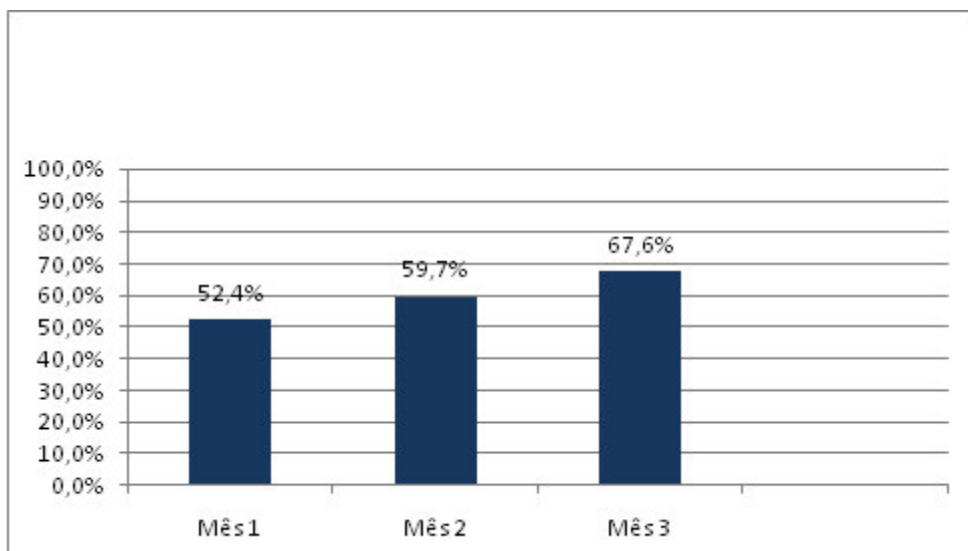


Figura 14 Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS GROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

De acordo com a Figura 15 no mês 1 foram 11 (68,8%) dos 16 diabéticos cadastrados avaliados com estratificação de risco cardiovascular, no mês 2 foram 23 (71,9%) dos 32 diabéticos cadastrados e finalizamos a intervenção no mês 3 com 25(73,5%) do 34 diabéticos cadastrados com a estratificação do risco cardiovascular realizada.

Este aspecto aconteceu o mesmo que com os pacientes com Hipertensão Arterial e continuamos trabalhando

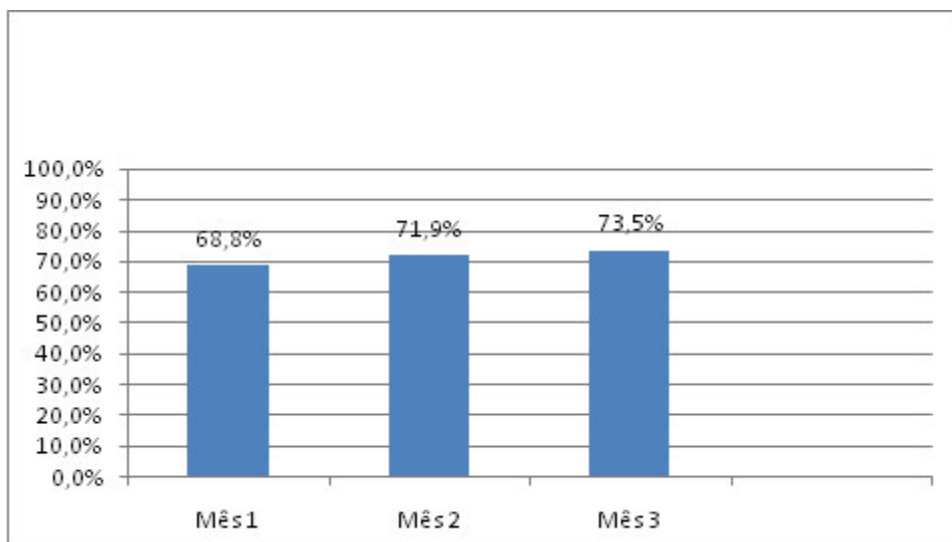


Figura 15 Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS GROTA, 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Relativas 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.

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

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

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

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

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

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

Nestas metas, de acordo com a Figura 16, conseguimos realizar durante os três meses de intervenção, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal a 102 (97,1%) do 105 hipertensos cadastrados . No primeiro mês, aos 42(100%) hipertensos que estavam cadastrados, no segundo mês foram os 77 (100%) hipertensos cadastrados finalizamos o mês 3 da intervenção com 102 (97,15) dos 105 hipertensos cadastrados durante a intervenção com as orientações realizadas.

Estes temas o trabalhamos em nossa Unidade Básica de Saúde, por todo o equipe de ESF; onde promovíamos estilo de vida saudável ao 97,1% dos hipertensos(somente faltarem os que estão temporalmente fora da área de saúde) e ao 100 % dos pacientes diabéticos receberem as orientações na comunidade e também se entregou um folder de forma individual a cada paciente em consulta, com orientações úteis , também contamos com o apoio do NASF do município, onde existe o programa antitabagismo, para todos os pacientes que tenham vontade de parar de fumar. Foi garantida orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal a todos os usuários com hipertensão e diabetes de nossa área cadastrada e para o resto de população também.

Acho que esta estratégia deu resultados porque cada dia, mas usuários buscam orientações com os profissionais de saúde, alguns sim ficar doente ainda. A evolução do indicador foi positiva. aqui ficamos satisfeitos já que o cumprimento foi ótimo e ajudamos em grão medida a eliminar muitos riscos da população

Os seguintes gráficos apresentam o anterior exposto.

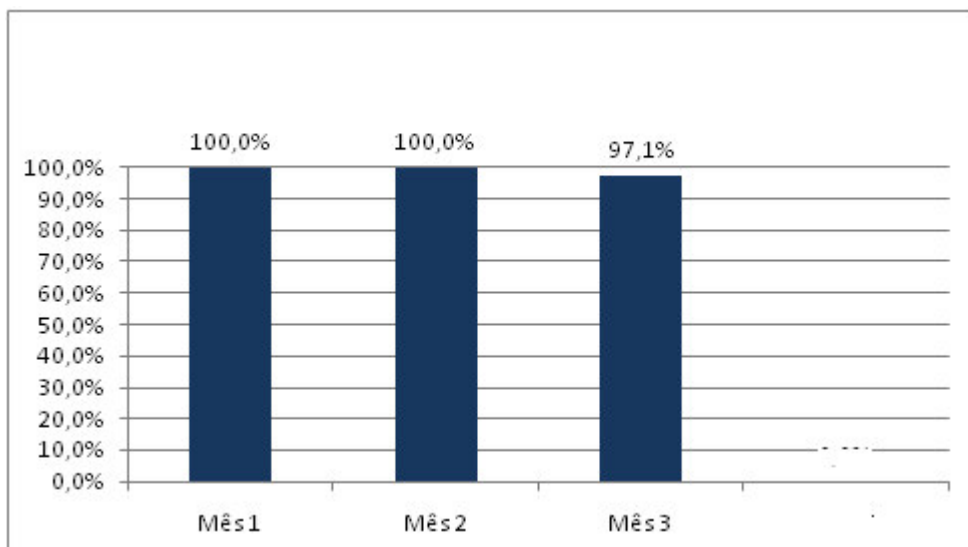


Figura 16 Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal na UBSGROTA. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador 6. 2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

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

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

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

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

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

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Durante a intervenção os 34 diabéticos cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal. No mes1 foram os 16 (100%) cadastrados, no mes 2 foram os 32 (100%) diabéticos cadastrados e finalizamos o mês 3 da intervenção com os 34 (100%) diabéticos com as orientações realizadas

4.2 Discussão da intervenção

A intervenção em minha UBS foi uma conquista. Conseguimos chegar a uma ampla cobertura em termos de atenção de HAS e DM, melhorar a preparação das listas de presença, fazendo mudanças de estilo de vida orientando sobre os riscos do alcoolismo e o tabagismo. Ampliamos a porcentagem dos exames complementares realizados, bem como o atendimento odontológico, apesar das dificuldades que enfrentamos. Conseguimos que os pacientes tivessem conhecimento de sua doença e sobre os cuidados para evitar complicações. Para a equipe, a intervenção foi importante por melhorar a assiduidade e atenção ao grupo do Programa de Atenção ao Diabético e ao Hipertenso levando amor e dedicação para termos um bom impacto do nosso trabalho. Nossa equipe manteve-se unida para que pudéssemos alcançar os resultados. Foi muito importante o trabalho de capacitação de todo o pessoal da equipe de melhoria de conhecimentos e competências, bem como a partilha com os pacientes através de várias palestras e consolidado todo este trabalho integramos todos os profissionais da equipe da UBS.

As visitas domiciliares nos permitiu resgatar as consultas de pacientes ausentes, bem como os novos casos encontrados e diminuir a preocupação que tínhamos com os exames complementares e as consultas de assistência odontológica. Também o sucesso do trabalho e preparação dos registros, foi útil para melhorar o conhecimento dos trabalhadores com relação aos cadastros e conseqüentemente melhorar a viabilização dos cuidados para esse paciente.

Graças ao trabalho de intervenção e nossa assistência chegamos a comunidade através de cuidados médicos, visitas domiciliares e palestras onde foi apreciado o nosso empenho e dedicação aos cadastrados no Programa de

Atenção ao Diabético e ao Hipertenso, com consultas à pacientes ausentes e novos casos encontrados, cujos pacientes ficaram satisfeitos. Nosso trabalho não termina aqui, pois está aumentando a cada dia mais devido ao impacto obtido.

Se pudéssemos fazer diferente na intervenção, primeiramente iria disponibilizar toda a estrutura, instalações para a avaliação do trabalho e um melhor fluxo de atividades ou, pelo menos, assegurar uma boa coordenação intersetorial para a solução das dificuldades e da garantia de especialistas que iria apoiar o processo de intervenção.

A intervenção está sendo incorporada à rotina do serviço, porém para ela ser melhor executada, precisamos melhorar o desempenho de exames complementares, atendimento odontológico e assistência especializada para avaliação em conjunto com o médico da UBS. Como colocado, terminamos o projeto, mas nós não terminamos nosso trabalho para atingir e superar as metas estabelecidas, para expansão e satisfação da equipe de saúde e da comunidade.

Precisamos superar as dificuldades encontradas e manter o diálogo com os gestores para soluções dos problemas, mantendo o sucesso da intervenção e união da equipe alcançados durante esta intervenção, bem como o amor, devoção e dedicação para a recepção e tratamento dos nossos pacientes, a fim de consolidar um trabalho bom, disponibilizando uma ótima qualidade de vida que requer e aguarda a nossa comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Este relatório tem o objetivo de apresentar a VS a intervenção que fora realizada na UBS de Grota.

A intervenção foi desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Grota, situada no interior da cidade de Cocal, Piauí. A equipe tem na área de abrangência da UBS 1.230 pessoas.

O Objetivo principal da Intervenção foi melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da população vinculada a equipe.

A intervenção estava prevista para ser realizada num período de 04 meses (16 semanas), porém devido a orientações da Coordenação do Curso a intervenção foi realizada em 12 semanas.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análises estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da UBS tanto com relação a estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita a USF. Após essa análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado nos Cadernos de Atenção Básica de Doenças Crônicas não Transmissíveis- Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde, 2013 para a capacitação de todos os membros da equipe.

Após essa análise decidimos viabilizar ações e atividades para ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado no posto de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doenças

cardiovascular e promover a saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa.

Durante nossa intervenção foram cadastrados 105 usuários hipertensos e 34 diabéticos . Dos 105 hipertensos cadastrados, 85 (81,0%) estão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo e dos 34 diabéticos cadastrados estamos com 31 (91,2%) que estão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo adotado. Os 99 (100%) hipertensos e os 33(100%) diabéticos que precisam de tratamento medicamentoso têm prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia. Dos hipertensos e diabéticos cadastrados estamos respectivamente com 84(80 %) hipertensos e 30(88,2%) diabéticos com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada.

Tivemos varias limitantes para uma atenção de qualidade como o merece todo usuário e que dependem de fatores objetivos que podem ser resolvidos pela gestão municipal.

Em primeiro lugar, no município não temos laboratórios clínicos públicos e temos dois laboratórios privados que não tem convenio com o SUS.

Isto leva aos nossos usuários a viajar mais de 160 Km de distância até a cidade de Parnaíba para fazer exames em laboratório credenciado ao SUS pois a maioria de nossa população é de baixo poder aquisitivo, dependendo em sua maioria da Bolsa Família ou são trabalhadores rurais . O município não tem transporte publico por isto os usuários tem que pagar o transporte privado o qual é muito caro . Isto repercute na qualidade do serviço oferecido e nos resultados alcançados, principalmente no indicador de estratificação de risco cardiovascular porque a maioria dos pacientes não tinham os exames complementares em dia. Em segundo lugar, a UBS em que estamos atualmente lotados é nova e tem em sua estrutura física sala para o atendimento odontológico, porém não temos equipe de odontologia nem equipamentos, material e insumos odontológicos , o que afeta aos indicadores de atenção em saúde bucal da população vinculada à equipe. Acreditamos que se a gestão buscar soluções para essas dificuldades pode melhorar cada dia mais os indicadores de saúde da comunidade. Sugerimos como possíveis soluções a contratação de uma equipe de odontologia para que preste serviço diretamente em nossa área. Equipar a UBS para a realização de testes rápidos, adesão aos laboratórios privados do município ao SUS Nós

profissionais de Saúde da UBS agradecemos o apoio de vocês para realizar todas as atividades de nossa intervenção. Acreditamos que nos próximos meses todas as dificuldades serão vencidas, confiamos na vontade de vocês de melhorar a qualidade da saúde de nossa população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório tem o objetivo de apresentar a intervenção que fora realizada na UBS de Grotá.

A intervenção foi desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Grotá, situada no interior da cidade de Cocal, Piauí. A equipe tem na área de abrangência da UBS 1.230 pessoas.

Nossa equipe de saúde fez esta intervenção comunitária com o objetivo de qualificar a atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS, e assim melhorar a qualidade da atenção aos usuários. Inicialmente buscamos informações sobre o funcionamento do Programa de Hipertensão e Diabetes na UBS e comprovamos que existia um baixo registro de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus e , iniciamos a intervenção com um total de 94 hipertensos e 26 diabéticos e ao concluir a intervenção estamos com 105 hipertensos e 34 diabéticos cadastrados na UBS.

Durante esta intervenção desenvolvida em nossa área de abrangência a comunidade foi muito beneficiada ,porque maioria não conheciam quase nada sobre a hipertensão e a diabetes ,de como prevenir-se destas doenças e das, das complicações que se podem apresentar quando as mesmas não são diagnosticadas precocemente e tratada adequadamente. Orientamos também sobre a importância da dieta saudável e da prática de exercícios físicos, sobre os danos que provoca para a saúde o tabagismo, sobre a importância de manter uma adequada saúde bucal e sobre a importância da realização dos exames complementares solicitados durante as consultas e sobre o acompanhamento regular e importância do comparecimento às consultas agendadas . Também a comunidade conheceu um pouco sobre a importância

da medicina preventiva da qual não tinham nenhum conhecimento e achavam que só precisavam de atenção em saúde quando estavam doente. Pensamento que foi mudando durante as palestras desenvolvidas

A comunidade pode ajudar muito em melhorar cada dia mais a saúde das pessoas divulgando com seus familiares, amigos, vizinhos sobre o trabalho que estamos desenvolvendo e de sua importância para manter uma saúde de qualidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este curso de especialização em saúde da família foi muito importante pra mim como profissional medico porque pude incrementar meus conhecimentos e foi de ótima ajuda para organizar melhor o trabalho em equipe e oferecer um melhor atendimento aos usuários. Os Estudos de Prática Clínica , os Casos Clínicos Interativos e os fóruns foram de grande importância para meu aprendizagem , ademais me serviu de muita ajuda para incrementar meus conhecimentos de como desenvolver uma intervenção comunitária, ajudou também em meu processo de aprendizagem sobre o idioma português.

Durante todo o curso por ser na modalidade à distância , tivemos muitas dificuldades, e realmente achava quase impossível poder concluir este curso de especialização , porque ao inicio tive muitas dificuldades com o serviço de internet e também com o idioma .Tudo isso influiu com o acesso em tempo e o envio das tarefas porém, graças a Deus e ao apoio dos professores consegui concluir com êxito o Curso e atualmente nosso trabalho melhora diariamente .

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.–Brasília : Ministério da Saúde, 2011.160 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial**(Cadernos de Atenção Básica, n. 37) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

GOULART, Flavio et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde**. Organização Pan-americana de Saúde. Brasília 2011 Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf Acessado em: dezembro de 2014.

ANEXOS

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma 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.

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

Anexo B: Planilha OMIA Hipertensão Arterial e Diabetes-Aba Síntese

Objetivos	Metas	Indicadores
1. Cobertura	1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
	1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
2. Qualidade	2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.	2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
	2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.	2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
	2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.	2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
	2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.	2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
3. Adesão	3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
	3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
4. Registro	4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
	4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
5. Avaliação de risco	5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.
	5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.
6. Promoção da saúde	6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.	6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.	6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.	6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.	6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.	6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.	6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.	6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.
	6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.	6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Anexo D: Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)			→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)			→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	OBSERVAÇÕES Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as folhas de hipertensos.
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção						
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada						

*Estimativa no território	
População total	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)	0
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0

→	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
→	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar-lo na célula C5.
→	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar-lo na célula C6.

