

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou
Diabetes na Unidade de Saúde da Família Irene Da Silva Oliveira,
Candelária\RS**

George Ramon Manso Vazquez

Pelotas, 2015

George Ramon Manso Vazquez

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou
Diabetes na Unidade de Saúde da Família Irene Da Silva Oliveira,
Candelária\RS**

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

Orientador: Rogéria Amaral dos Santos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

V393m Vazquez, George Ramon Manso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade de Saúde da Família Irene da Silva Oliveira, Candelária/ RS. / George Ramon Manso Vazquez; Rogéria Amaral dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Rogéria Amaral dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus pais:

Pelo carinho, apoio constante, por seu amor e compreensão a pesar da distância.

A minha esposa:

Pela compreensão e apoio.

Agradecimentos

Agradeço a minha secretária de saúde e minha equipe de trabalho por seu apoio, a meu supervisor por seus conselhos e dedicação, a minha orientadora de UFPEL pelo apoio incondicional e suas orientações, as quais me serviram de superação.

Resumo

VAZQUEZ, George Ramón Manso. **Melhoria da Atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade de Saúde da Família Irene Da Silva Oliveira, Candelária/RS.** 2015. 79f. 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.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo contemporâneo, sendo que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes, desempenham papel preponderante na realidade. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 30% dos óbitos com causas conhecidas. Demonstraram-se a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial e caso não sejam desenvolvidos programas para identificar pessoas com taxas elevadas de açúcar no sangue e orientá-las na melhoria da dieta, realização de atividade física e controle de peso, a diabetes vai crescer como problema e custo para os sistemas de saúde. À semelhança do observado com a hipertensão arterial, parte considerável dos diabéticos apresenta poucos sintomas e mostram desconhecimento da doença. Este fato instiga os gestores e trabalhadores do sistema único de saúde a efetivar ações que permitam o controle dessas doenças, neste sentido o presente trabalho propõe melhorias na ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos em uma UBS do município de Candelária/RS. Buscando-se assim garantir maior eficiência na adesão e acompanhamento dos usuários através de busca ativa e efetiva dos agentes comunitários de saúde (ACS), do controle da pressão arterial e glicemias aumentando a efetividade do programa de hipertensos e diabéticos. Os dados foram coletados a partir de uma ficha-espelho produzida para a intervenção e os indicadores digitados em uma planilha de coleta de dados. Participaram da intervenção 305 usuários com hipertensão e 191 com diabetes, as ações foram desenvolvidas em 12 semanas. Quanto à estruturação do serviço para o atendimento destes usuários, existe um protocolo para a atenção do hipertenso e do diabético, inclusive registro específico para este atendimento. A intervenção atingiu uma cobertura de 102,7% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Em relação aos exames clínicos, 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos tiveram seus exames em dia de acordo com o protocolo. Todos os usuários faltantes nas consultas receberam busca ativa, bem como o recebimento das orientações referentes à promoção da saúde. Esses dados refletiram significativamente na melhoria da qualidade do atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes na unidade de saúde em questão.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Diabetes; Hipertensão; Doenças Crônicas.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	51
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	52
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular\HIPERDIA priorizado.	54
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular\HIPERDIA priorizado.	55

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS Agente comunitário da Saúde

APS Atenção Primária a Saúde

DM Diabetes Mellitus

ESF Estratégia da Saúde da Família

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS Organização Mundial de Saúde

RS Rio Grande do Sul

UBS Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	13
2 Análise Estratégica	15
2.1 Justificativa.....	15
2.2 Objetivos e metas.....	16
2.2.1 Objetivo geral.....	16
2.2.2 Objetivos específicos e metas	17
2.3 Metodologia.....	19
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	34
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma.....	43
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	49
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados	50
4.2 Discussão.....	61
5 Relatório da intervenção para gestores	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	67
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	69
Referências	71
Apêndices.....	72
Anexos	72

Apresentação

Este projeto é uma intervenção, realizada na unidade básica de saúde Irene Da Silva Oliveira, Candelária/AP, na equipe número 1, objetivando melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) residentes em nossa área de abrangência.

O presente trabalho está dividido pelas seguintes partes:

A primeira parte é a Análise Situacional que teve como objetivo identificar os aspectos relacionados com a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Primária no município, além de determinarem-se, as deficiências em cada uma das ações programáticas. A segunda parte é a Análise Estratégica, que buscou contemplar a ação programática de atenção a hipertensos e diabéticos para a melhoria do atendimento destes usuários, através da proposta de objetivos, metas, do detalhamento de ações que envolveram a toda equipe e comunidade. A terceira parte constitui o Relatório da Intervenção que relata as ações que foram desenvolvidas, os avanços e tropeços durante a mesma. A quarta parte é a Avaliação da Intervenção, que discute os resultados obtidos, relacionado com cada objetivo e meta traçada, mostrando-se também em gráficos. No quinto e sexto capítulos estão os relatórios para o gestor e para comunidade, respectivamente. Na sétima apresenta-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o desenvolvimento do curso. Por fim, apresenta ainda as Referências, seguindo-se de Anexos e Apêndice.

Espera-se que com a intervenção desenvolvida possa contribuir de forma efetiva com uma melhoria na atenção aos portadores de hipertensão e diabetes de nosso município, satisfação do usuário e uma atenção primária com qualidade.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa Unidade Básica de Saúde onde trabalho fica em área urbana, com atendimento exclusivo do SUS, sem vínculo com instituições de ensino, com um modelo de atenção de ESF constituída por uma equipe, composta por um médico (clínico geral), duas enfermeiras, uma odontóloga, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem que atende a vacinação, uma recepcionista, uma faxineira e cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Possui atendimento médico em dois turnos, manhã e tarde até às 17hs (dezessete horas). A área de abrangência é uma zona da periferia da cidade, sendo área mais pobre da cidade.

Contamos com uma pequena sala de espera onde os usuários são acolhidos de forma organizada por uma recepcionista e logo passam a enfermeira para fazer o acolhimento de ai passam ao médico.

A UBS consta além da sala de espera, de uma farmácia, sala de imunização, sala de curativo, sala de odontologia, sala para o médico; ainda trabalhando em um local adaptado, mas com condições para efetuar sem dificuldades os serviços que se prestam a comunidade, sim com uma dificuldade como o local é adaptado está fora da comunidade, mas em breve tempo ficará pronta a nova UBS dentro da comunidade.

Estamos tentando mudar dando melhor atenção aos grupos prioritários como os idosos, aqueles que apresentam doenças crônicas como diabetes e hipertensão, grávidas e lactantes. Fazem-se agendamentos uma vez por semana para estes grupos deixando uma margem para a demanda espontânea. Fazem-se palestras na unidade sobre alimentação saudável, exercícios físicos, entre outros. No começo do projeto aconteceram dificuldades com a participação do médico para

os grupos e as visitas domiciliares, mas na medida em que foi se desenvolvendo o trabalho as dificuldades foram se resolvendo, melhorando a qualidade do atendimento como também na promoção, prevenção, e reabilitação, os quais já estão sendo trabalhados nas ações comunitárias em nossa área de abrangência.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município onde trabalho tem um número de habitantes de 30.171 (IBGE, 2010), sendo que a maioria da população reside em área rural. Com um total de 06 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo que em 03 delas há Estratégia de Saúde da Família (ESF), 2 em área urbana e 1 rural. Há a previsão de uma próxima abertura de outras UBS com ESF em zona rural. Há também 3 UBS tradicionais que são: Clínica odontológica, Posto de Atendimento Médico (PAM) central que presta atendimento à população do interior, e a clínica pediátrica. O município tem o apoio no trabalho da Atenção Primária à Saúde da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), não tem disponibilidade do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), tem disponibilidade de atenção especializada, como por exemplo, o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); tem a disponibilidade de serviço hospitalar administrado pela prefeitura, bem como de exames complementares. O município é referência nacional do programa de prevenção ao suicídio.

A UBS que trabalho fica em área urbana, com atendimento exclusivo do SUS, sem vínculo com instituições de ensino, com um modelo de atenção de ESF constituída por uma equipe, composta por um médico (clínico geral), duas enfermeiras, uma odontóloga, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem que atende a vacinação, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Por enquanto a UBS fica em um local adaptado com as condições para o funcionamento com duas salas para consulta, onde uma é compartilhada com a coordenação e a ginecologista, uma sala para odontologia, uma sala para procedimentos de enfermagem, curativo, triagem, sala para vacina, recepção e farmácia, sala para reunião, cozinha, dois banheiros-um para pacientes e outro para funcionários, todas as áreas ventiladas e iluminadas, com dificuldades como as barreiras arquitetônicas na entrada para os usuários cadeirantes que por enquanto

não tem como resolver, mas com a vontade de ajudar sempre o usuário quando chega a UBS.

Os profissionais da unidade são bem diferenciados, cumprindo a carga horária, dando as consultas com o tempo estabelecido e sem queixa da população, participando das atividades planejadas de promoção e prevenção em saúde. Há dificuldade do médico, que fica limitado na participação de algumas destas atividades por ter um horário reduzido que inclui o horário para especialização.

A população da área em que atuo, é de 2.995 pessoas cadastradas, com um número de famílias de 927, com cinco microáreas atendidas por cinco agentes comunitárias de saúde (ACS) que realizam um trabalho excelente. Há um total de 1.603 mulheres, maior que os homens, 1.392 homens. A nossa cobertura para a área adstrita é boa, com 100% de cobertura dos ACS e sem excesso de demanda espontânea.

É uma UBS que organiza-se ofertando o primeiro atendimento no acolhimento ao usuário, pois muitos destes usuários só fazem visita à UBS procurando alguma documentação ou alguma orientação da sua doença ou tratamento, sendo feita as orientações pela enfermeira no acolhimento ao usuário sem sobrecarregar ao médico.

Em relação a atenção a saúde da criança, a população compreendida de 0 a 72 meses tem um atendimento diferenciado na UBS com atendimentos feitos por enfermeiras, clínico geral e pediatra, sendo este último, dois atendimentos por semana e permite dar cobertura de atendimento à demanda dos usuários que precisarem atendimento especializado. A puericultura, principal ação em promoção de saúde nas crianças, é feita dois dias por semana, coordenada pela enfermeira que avalia e registra junto ao prontuário eletrônico e na carteira da criança. Estes atendimentos são feitos pelo protocolo do Ministério da Saúde (MS), onde existe um monitoramento regular das ações propostas para um melhor desenvolvimento das estratégias de saúde. São planejadas as visitas domiciliares pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) e as visitas feitas pela enfermeira, que em determinadas ocasiões, são necessárias também acompanhadas pelo médico da UBS, para aqueles usuários com situação familiar desfavorável, proporcionando assim um maior controle na prevenção e promoção da saúde. De acordo com o Caderno de Ação Programática (CAP), temos 36 crianças menores de 1 ano de idade e 72 menores de 5 anos.

O atendimento às gestantes é realizado na UBS, onde o acompanhamento de baixo risco é feito pelas enfermeiras. Há também acompanhamento por uma ginecologista, uma vez por semana. O acompanhamento das gestantes é feito pelo protocolo do MS, os dados dos atendimentos são feitos no prontuário eletrônico e em documentação da unidade assim como nas reuniões da equipe. No momento, estão em acompanhamento de pré-natal 39 (87%) gestantes. De acordo com o Caderno de Ação Programática (CAP), a estimativa é de que existam 45 gestantes na área de abrangência. Além disso, muitas delas são atendidas em outro município ou em clínicas particulares.

Sobre o programa de prevenção contra o câncer de colo e controle do câncer de mama é uma tarefa de todos, tanto dos médicos, como das enfermeiras e demais participantes da equipe que colaboram com as usuárias para a realização dos procedimentos de coleta de exame de Papanicolau e exame de mama para a posterior indicação da mamografia. As ações são avaliadas nas reuniões da equipe com a participação de todos e o apoio da equipe NASF. Ressalta-se que algumas mulheres dificultam a realização da coleta da mostra de exame citopatológico. As ACS e o psicólogo contribuem no convencimento da importância desse exame. Pelos dados do CAP, temos um número estimado de 825 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área. Até agora nós trabalhamos com 457 (55%) mulheres acompanhadas na UBS, para prevenção de câncer do colo de útero. E no caso do câncer de mama, temos um estimado de 309 mulheres entre 50 e 59 anos residentes na área e nós estamos trabalhando com 291 (94%) mulheres que estão sendo acompanhadas.

Os usuários com hipertensão arterial e diabetes estão tendo o acompanhamento conforme o protocolo do MS, que estabelece como fazer o controle dos usuários. Sempre que é realizada a consulta, o usuário sai do serviço com a data do próximo atendimento agendada. O serviço tem demanda espontânea, mas não é um problema; sempre existem usuários descompensados da sua doença por diferentes motivos. Temos os grupos de diabéticos e hipertensos onde os encontros são realizados mensalmente junto à equipe NASF. Temos um bom controle dos usuários com a disponibilidade de exames para um melhor acompanhamento de suas doenças. No caso dos usuários diabéticos sempre que vêm à consulta, realizamos o teste da glicemia capilar para checar como está o controle, especialmente com o seguimento da orientação dietética. São feitas as

ações de promoção e prevenção em saúde com a população para estas doenças. O acompanhamento desses usuários fica no prontuário eletrônico e nos registros da unidade. Em relação à HAS e ao DM, a estimativa do CAP do número de hipertensos na área de abrangência é de 669, e 191 o número de diabéticos. No entanto, temos cadastrados 297 (44%) usuários acompanhados e 180 (94%) diabéticos. O dado referente aos usuários com HAS representa uma baixa cobertura se comparados à estimativa do CAP.

No programa de atenção à saúde dos idosos os atendimentos são realizados diariamente; nossa população idosa é extensa e por este motivo, demanda de maior atenção. Sobre a qualidade da atenção, quanto melhor o serviço ofertado, com mais qualidade, mais pessoas saudáveis teremos no futuro. Empenhamo-nos para fazer o melhor trabalho possível. Os atendimentos são realizados baseando-se no protocolo do MS e nas reuniões de equipe sempre discutimos o processo de trabalho empregado. O CAP estima a existência de 408 idosos residentes na área de abrangência. Temos cadastrados 353 (87%) usuários idosos.

O maior desafio que temos na minha UBS é ter um melhor local para o desenvolvimento das ações de saúde, desde a consulta ao desenvolvimento dos grupos, mas temos uma equipe comprometida com o trabalho, completa em toda sua estrutura que facilita um melhor trabalho nas ações que serão desenvolvidas. Nos questionários desenvolvidos temos um aspecto que mudou, muitas dessas ações não eram avaliada com maior periodicidade, muitas só avaliadas uma vez por mês, neste momento conseguimos avaliar estes aspectos quinzenalmente, tendo um melhor controle dos usuários e as metas planejadas, desta forma conseguir melhorar pouco a pouco os níveis de cobertura dos diferentes programas que em muitos deles são baixos como na cobertura aos usuários com DM e HAS.

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

Fazendo uma comparação de o primeiro texto da situação da minha UBS e o relatório, ficam claros exemplos das mudanças que minha UBS apresentou. Agora temos um texto mais completo, que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela minha equipe. De forma geral durante este período, os

aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, abordados e levados à comparação com os Cadernos de Ações Programáticas. Ainda temos dificuldades e desafios a enfrentar para firmar mudanças em função da saúde da população, para isso acontecer, precisa-se de esforço e trabalho.

Em minha UBS o melhor recurso é a boa vontade de toda equipe para trabalhar. Estão sempre dispostos ao trabalho e abertos às mudanças, buscando a melhoria das condições de saúde da população de nossa comunidade, para fornecer assim, uma ótima atenção de saúde e proporcionar uma alta qualidade de vida de nossa população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são uns dos principais problemas de saúde do todo mundo, sendo as primeiras causas relacionadas às doenças cardiovasculares e principalmente, pelos fatores de risco associados como obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares não saudáveis e álcool (BRASIL, 2010). O controle destas doenças é importante devido ao fato de serem causa direta de cardiopatia hipertensiva, também por ser fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise.

O projeto de intervenção será desenvolvido na ação programática sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Pretendemos diminuir o número de atendimentos espontâneos por crises hipertensivas e usuários com diabetes descompensados nas consultas da unidade de saúde. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM e HAS são controlar a glicemia e tensão arterial, com isso, em longo prazo, reduzir a morbimortalidade causada por essas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde eu trabalho é um local adaptado, climatizado, iluminado e ventilado com salas e condições mínimas para a prestação de um bom serviço, com recepção, sala de gerência que funciona para consulta, sala para clínico geral, sala de odontologia, sala para triagem e curativos, sala de

vacinas, cozinha, banheiro para usuário e banheiro para funcionários. O equipe está constituído neste momento por uma enfermeira coordenadora da unidade, um clínico geral, uma odontóloga, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma recepcionista, 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma auxiliar de limpeza. Temos uma população de 2.995 pessoas, destas 297 com HAS e 180 com DM, que representa, respectivamente, 44% e 94% da população estimada pelo CAP que estima 669 usuários com HAS e 191 com DM. É uma população majoritariamente de nível sócio econômico baixo.

A população alvo da intervenção serão usuários com HAS e com DM. É uma população com hábitos e estilos de vida que não contribuem para o controle das referidas doenças, sendo deficientes as atitudes de autocuidado. Ofertamos ações de promoção em saúde nos grupos de diabéticos e hipertensos, com contribuição da nutricionista, psicólogo e desenvolvimento de atividades e práticas de exercícios físicos.

As ações programáticas na minha unidade estão sendo feitas e aplicadas com a colaboração de toda equipe. Temos dificuldades já mencionadas como o nível socioeconômico da população e pouca cooperação no comparecimento às consultas programadas, levando ao maior trabalho das ACS. Temos o cadastramento dos usuários com HAS e DM em prontuário eletrônico, o que facilita o trabalho. Eu acredito que se conseguirmos diminuir o número de atendimento de urgência, assim como o número de consultas não urgentes fora das programadas, vamos proporcionar melhor qualidade de vida para os usuários e menor custo para a gestão municipal.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários portadores com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Irene Da Silva Oliveira.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% 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.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção de saúde a hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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 Básica de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, na Unidade Básica de Saúde Irene Da Silva Oliveira, no município de Candelária, Rio Grande do Sul. Participarão 297 usuários hipertensos e 180 diabéticos, de acordo com o cadastramento do SIAB.

Ao longo destes quatro meses, as ações serão desenvolvidas com base em quatro eixos pedagógicos: (1) Organização e gestão do serviço, (2) Monitoramento e avaliação, (3) Engajamento público, (4) Qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% 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.

Eixo de monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Detalhamento: O monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa serão feitos com a implantação da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD), a qual nos permitirá comparar os usuários cadastrados no programa com o cadastro da UBS e com o indicador de cobertura segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas. Isto será realizado pelo médico, enfermeira, técnica em enfermagem e agentes comunitários, como uma periodicidade diária para poder cumprir com a meta estabelecida.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos em cada consulta serão registrados na FAHD pela enfermeira e após o preenchimento ou verificação, passarão para a consulta para atendimento médico.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: No processo de acolhimento destes pacientes serão fornecidas informações importantes sobre estas duas doenças, se realizará um interrogatório minucioso para poder obter todos os dados, assim como atividades de promoção e educação em saúde feito pela enfermeira e médico.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste.

Detalhamento: Já estão garantidos todos os materiais necessários para a tomada da pressão arterial (PA) e a realização do teste de glicose.

Eixo de Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Os Gestores municipais junto com os membros da UBS informarão a toda a população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e suas principais características e objetivos.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será confeccionado um folder com dicas de saúde, que entre outros temas abordaram a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos uma vez ao ano; a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Os membros da UBS orientarão a toda a população sobre os temas mencionados anteriormente através de atividades de educação como palestras demonstrativas.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Vamos a capacitar todos os profissionais da unidade para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde 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.

Detalhamento: Será executado um plano de capacitação para todos os profissionais relacionado com a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e a 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.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização do exame clínico apropriado será feito com a implantação da FAHD, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais que permitam um maior controle.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Serão definidas as atribuições de cada membro da UBS na capacitação, sobre exame clínico da HAS e o DM.

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

Detalhamento: Serão planejadas todas as capacitações nos diferentes temas do projeto de intervenção.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Estamos trabalhando para dispor da versão atualizada e impressa do protocolo para HAS e DM na UBS.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a realização de exame clínico apropriado.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD marcando a data de realização de cada exame.

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD, marcando a data de realização de cada exame.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: São garantidas sem dificuldades a solicitações dos exames complementares para os usuários hipertensos e diabéticos na UBS.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: É garantida pela Secretária de Saúde a agilidade na realização dos exames complementares.

Ação: Estabelecer sistema de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: O GMA será o encarregado de monitorar e alertas sobre os exames complementares preconizados.

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Capacitar aos profissionais da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a solicitação de exames complementares segundo o protocolo estabelecido.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar o acesso medicamentos da farmácia Popular/ Hiperdia.

Detalhamento: Será indicada a necessidade de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia Popular/ Hiperdia para estes usuários na capacitação sobre o tratamento da HAS e o DM.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será realizado o controle do estoque de medicamentos pelo menos 1 vez por mês.

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

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

Detalhamento: Será mantido o registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento de Hipertensão.

Detalhamento: Será capacitados todos os profissionais da equipe pelo médico no tratamento de Hipertensão.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe para orientar aos usuários sobre as possíveis alternativas para ter acesso aos medicamentos na farmácia Popular/ Hiperdia.

Meta 2.7: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD com o item “Necessidade de atendimento odontológico” acrescentado.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será organizada a agenda de saúde bucal com os odontólogos da UBS para a realização do atendimento dos usuários com necessidade deste tipo de atenção.

Eixo de Engajamento Público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Capacitar aos profissionais da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD com o item “Consultas Programadas”, acrescentado.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos.

Detalhamento: Se realizarão com uma periodicidade de uma vez por semana visitas domiciliar para buscar os pacientes faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será organizada a agenda para que permita acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo de Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a importância da realização das consultas médicas mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de fatosos).

Detalhamento: Será escutada a comunidade sobre suas possíveis estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade sobre a periodicidade estabelecida das consultas médicas, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Capacitar aos profissionais para a orientação dos hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre como realizar a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Detalhamento: Serão definidos uns responsáveis do monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, que estará encarregado pela revisão dos prontuários e outros documentos para garantir a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada a FAHD, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais que permitam um maior controle.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: O responsável será o encarregado de alertas à equipe quando exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se fora necessário, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a FAHD com o item “Estratificação de risco Cardiovascular” acrescentado.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Ação: Organizar agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será organizada a agenda de turnos para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Eixo de Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre as estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Ação: Demandar junto ou gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Serão realizadas as práticas coletivas com os grupos com atividades sobre alimentação saudável, envolvendo nutricionistas nestas atividades.

Eixo de Engajamento Público:

Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários, familiares, como a comunidade sobre a importância da alimentação saudável durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre práticas de alimentação saudável e sobre a metodologia de educação em saúde.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação da prática de atividade física regular.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Ação: Demandar junto ou gestor parcerias institucionais para envolver a educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Serão realizadas as práticas coletivas com os grupos com atividades sobre orientação de atividade física envolvendo a educadores físicos nestas atividades.

Eixo de Engajamento Público:

Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários, familiares, como a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre as metodologias de educação em saúde.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação sobre os riscos do tabagismo.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviço:

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

Detalhamento: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo” será comprado o tratamento pelo gestor.

Eixo de Engajamento Público:

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar do tabagismo.

Detalhamento: Serão orientados os usuários hipertensos e diabéticos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento dos usuários tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre o tratamento dos usuários tabagistas e sobre as metodologias de educação em saúde.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação sobre higiene bucal.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Organizar tempo médio de consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Serão organizadas consultas individuais com a finalidade de fornecer orientações sobre higiene bucal.

Eixo de Engajamento Público:

Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação de Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% 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.

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.

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 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção na saúde de hipertensos e diabéticos adotaremos o manual técnico "Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E DIABETES MELLITUS", Ministério da Saúde 2013. Utilizaremos as fichas de cadastro do hipertenso e/ou diabético, e a ficha de acompanhamento destas doenças providas pelo ministério e ainda uma feita pelo município para o acompanhamento também que inclui data da última consulta e que incorporaremos avaliação odontológica, para isso solicitaremos a impressão suficiente ao gestor de saúde e manter sua disponibilidade 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. Os profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, ao mesmo tempo realizarão 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 físicos dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pés, com medida da sensibilidade dos pés.

Os instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe serão: Prontuário individual, Ficha-espelho (individual) do curso, Cartão de Hipertensão e Diabetes e o Livro de Registro e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal.

Para melhorar o acolhimento e diagnóstico precoce destes usuários todos maiores de 18 anos que compareça a UBS independente do motivo lhe será medida a pressão arterial na sala de triagem pela técnica de enfermagem, que notificará a

enfermeira se existir alteração da mesma. A enfermeira realizará as indicações pertinentes, avaliará risco cardiovascular, solicitará exames e agendará a consulta para o médico, ficará reservada na agenda 3 vagas disponíveis para este fim, se forem avaliados como risco cardiovascular alto será agendado para uma data inferior a 72 horas.

No caso de usuários com risco definido para diabetes será realizado hemoglicoteste, resultados com valor acima de 220mg será atendido no momento.

O atendimento poderá ser feito qualquer dia da semana, se avaliara IMC, medida de circunferência abdominal, glicemia capilar (será realizado pela técnica de enfermagem na sala de triagem). Receberá atendimento pela enfermeira ou médico, cumprindo os protocolos do atendimento, serão reservadas seis consultas diária para estes pacientes.

Para garantir adesão ao programa, semanalmente se atualizará o registro do acompanhamento, que será realizado pela técnica de enfermagem e quinzenalmente serão monitorados no registro, os faltosos, assim como viabilizar situações de alerta, o qual será realizado em conjunto com os ACS e técnica de enfermagem. Na reunião da equipe serão organizadas as visitas domiciliares a estes usuários, os que tiveram ausências repetitivas, e com risco cardiovascular elevado serão a prioridade para o médico e enfermagem. Serão agendadas as consultas de forma organizada nos dias de atendimento e de forma prioritária para aqueles com alto risco cardiovascular ou descompensado. Serão reservadas cinco consultas para estas ações, a busca ativa será realizada pelos ACS e pela técnica de enfermagem.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos realizar-se-á avaliação odontológica, ao menos uma vez ao ano e o dentista definirá o acompanhamento, tendo em contas as peculiaridades individuais de cada usuário, estará disponibilizada a consulta duas vezes no mês nos dois turnos de trabalho da odontologia, poderá ser agendada a consulta por ACS ou outros membros da equipe além de que o próprio paciente pode agendar sua consulta direito com a equipe de saúde bucal, o atendimento ficara registrado no prontuário e serão monitorados junto aos demais indicadores de forma quinzenal. Para os atendimentos pelo odontólogo serão reservados três diários para estes usuários.

Serão realizadas palestras educativas de forma quinzenal, na UBS antes do começo da consulta, serão incluídos os temas relacionados com alimentação saudável e importância da atividade física. Nas consultas médicas e de enfermagem

e nas visitas domiciliares feitas pelos integrantes da equipe promoveremos estas orientações também ficando registrada nos prontuários de cada paciente.

Para garantir o engajamento público nestas ações realizaremos a divulgação do programa de hipertensos e diabéticos, dar a conhecer o atendimento realizado na UBS para estes usuários, fatores de risco da doença, forma de acompanhamento, detecção precoce, importância das consultas, suas periodicidades, etc. Para desenvolver esta ação, nos apoiaremos da rádio local do município, além dos carros de sons, o que será coordenado pelo gestor de saúde do município e coordenador da atenção básica.

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

Para viabilizar a ação de capacitação da equipe começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual o protocolo de atendimento do paciente diabético e hipertenso, a mesma ocorrerá na própria UBS, utilizando uma hora da reunião da equipe. Semanalmente um membro da equipe estudará um eixo dos compreendidos no protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, o que facilitará o intercambio e trocas de experiências, precisaremos de um local que será na escola, pois na UBS não contamos com ele, mas nos apoiaremos com a secretaria da educação para fazer nossa função, bem como do caderno de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, nestes momentos disponíveis só em versão digital. Os ACS serão capacitados junto com a equipe para melhorar o cadastramento dos usuários.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto estava estimado sua realização em 16 semana mas por atraso no cronograma foi cortado para 12 semanas mas não por essa causa ficou com menos qualidade, em 03 meses do andamento do projeto da intervenção, com o objetivo de melhorar à Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos de nossa comunidade, chegamos ao final da intervenção de acordo ao cronograma e as atividades propostas no curso da especialização em Saúde de Família, mas convencidos de que agora faz parte de nosso dia a dia continuar melhorando a atenção à saúde e qualidade do atendimento destes grupos. De acordo com o cronograma a maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida em sua totalidade. A primeira atividade desenvolvida no início da intervenção, com uma continuidade semanal, foi as reuniões de equipe com o objetivo de planificar o trabalho da semana, definir as atribuições de cada profissional e discutir as dificuldades apresentadas no transcurso do projeto da intervenção, assim como a capacitação da equipe. Entre os temas que foram debatidos e estudados estão: o protocolo do MS de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do ano 2013, o correto preenchimento da caderneta de saúde, acolhimento, políticas nacionais de humanização, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, orientações sobre a importância do trabalho realizado, organização dos agendamentos das visitas domiciliares para busca ativa de usuários faltosos à consulta, e avaliação da saúde bucal. A equipe mostrou-se entusiasmada com o projeto e, tanto as técnicas de enfermagem como o resto dos profissionais da equipe, tiveram uma participação ativa e participativa na capacitação, que foi realizada pela enfermeira e pelo médico. Para isso foram utilizados materiais tais como computador, papel, caneta, esfigmomanômetro, entre outros.

Acredito que foi muito útil, pois nos sentimos responsáveis pela atividade e com ela foi possível ensinar às técnicas de enfermagem a realizarem algumas atividades na execução do exame clínico, assim como o cadastramento dos usuários pertencentes à população alvo. A técnica de enfermagem participou do exame físico, como foi planejado, assim como atividades de promoção e educação em saúde.

Os atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos foram feitos à livre demanda, todos os dias da semana, nos dois turnos, em nossa rotina diária de trabalho, onde tivemos resultados muito satisfatórios aumentando a cobertura dos atendimentos. Na maioria dos usuários foi realizado o atendimento clínico, com exame clínico em dia de acordo com protocolo, com exames complementares em dia, quase todos tomam medicamentos e são da lista do Hiperdia, tem registro adequado na ficha do acompanhamento, e a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia.

Em cada uma das consultas foram abordados com os usuários e seus familiares temas importantes como: hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, importância de cumprir com o tratamento, assim com a assistência à consultas marcadas, importância da aceitação destas doenças pelo usuário, conscientizando-se dos cuidados a ter sem interferir em sua vida diária, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como fatores precipitantes para aparição das complicações em órgãos alvo e sua importância na prevenção destes. Foram orientados sobre os direitos dos usuários de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso. Percebemos que os usuários e familiares ficaram muito atenciosos durante as atividades realizadas, perguntaram dúvidas, e agradeceram pelo apoio da equipe da saúde e atenção ofertada.

Em todas as consultas os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, além da maioria deles, que foram avaliados quanto a necessidades de atendimento odontológico. As técnicas de enfermagem participaram na busca ativa de hipertensos e diabéticos e a busca ativa de faltosos à consulta.

Uma coisa significativa neste trabalho foi o apoio da equipe NASF, com sua participação nos grupos de hipertensos e diabéticos, assim como o apoio da nutricionista que foi muito útil para o aconselhamento aos usuários, o farmacêutico e o educador físico no apoio nos grupos para o melhor uso das medicações e na educação para a realização de exercícios físicos e a forma de sua realização.

Também tivemos no transcurso destas semanas contato com o gestor, onde falamos sobre a importância da atenção e a qualidade da saúde dos usuários com HAS e DM, solicitando apoio para estratégias que estavam sendo implementadas.

Quanto ao monitoramento da intervenção, não tivemos dificuldades, contamos em toda a intervenção com as fichas espelhos em quantidade suficiente. As fichas foram preenchidas pelo médico, no momento do atendimento, ação que não foi fácil nas primeiras semanas, mas depois passou à fazer parte de nossa rotina diária. A planilha de coleta de dados era preenchida também pelo médico em outro momento, no próprio consultório, depois dos atendimentos com a ajuda das técnicas de enfermagem, e com o apoio dos prontuários dos usuários, e as fichas espelho.

No projeto nos é permitido conhecer a profundidade das condições de vida dos usuários, o jeito de como percebem a saúde, de como enfrentam suas doenças, a percepção de risco, o interesse que assumem antes de terem conhecimentos sobre a HAS e DM, e logo quando a equipe atua e desenvolve um seguimento educativo e científico. Temos conseguido incorporar o seguimento de consultas à muitos usuários que só compravam remédios nas farmácias populares, com tratamentos impostos por anos, sem serem avaliados de forma contínua. Usuários com vários fatores de risco, como obesidade e sedentarismo, que não conheciam seus pesos corporais ou índice de massas corporais, outros desconheciam a importância da saúde bucal. Usuários com tratamentos monoterapêuticos por mais de dez anos e com valores alterados da pressão arterial e glicose. Muitos com glicômetro em casa, mas sem conhecimentos para usá-los, para os quais capacitamos os familiares e próprios usuários. Preconceitos das doenças, como por exemplo, só consumir os remédios quando se sentiam mal, alguns diziam que não podiam tomar os remédios todos os dias, pois logo o corpo se acostumava, ou que só iam ao médico quando precisavam, a pressão ficava bem em casa e quando vinham na unidade ela ficava ruim, etc. Todos estes elementos são problemas que identificamos e temos modificado em nosso dia a dia, para o bem da população e

sua saúde, e para a satisfação de um grupo de profissionais que trabalham com amor e respeito à profissão que escolheram.

Nesta etapa também aumentamos o número de visitas domiciliares, e consultas de seguimento planejadas na unidade de saúde, assim como a busca ativa de usuários faltosos à consulta, assim como o número de usuários encaminhados para atenção secundária de saúde por descompensação da HAS e DM, ou complicações causadas pelas mesmas foi diminuído. A população está satisfeita com o trabalho feito, reconhecem e agradecem as visitas à suas casas e o trabalho oferecido, falam que é muito importante para o município.

Dentro das ações planejadas no projeto consideramos haver cumprido com as mesmas. Divulgamos a existência de um Programa de controle de HAS e DM. Ampliamos a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde de forma integral facilitando as consultas agendadas, a demanda espontânea, o controle clínico e mediante exames complementares. Consulta com outras especialidades médicas na atenção secundária de saúde quando precisaram. Aumentamos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, registrando-os em planilha de coleta de dados, o qual antes não existia em nossa UBS, o qual facilitará seu seguimento futuro. Melhoramos o registro das informações de cada usuário mediante o sistema E-SUS, o qual permite conhecer o histórico de seguimento de cada usuário, assim como cada procedimento feito.

Conseguimos orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, o qual teve bom resultado na elevação da percepção de risco das doenças. Esclarecemos aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação e atividade física), o que permitiu que muitos incorporassem a realização de atividade física e no grupo de abandono do tabagismo. Resgatamos os usuários que em ocasiões se tornaram faltosos à consulta, esclarecendo sobre a importância da periodicidade para a mensuração da pressão arterial e da glicose em usuários maiores de 18 anos, o qual favoreceu que muitos se incluíssem na nossa rotina de seguimento contínuo. E quanto à saúde bucal, a maioria dos usuários foi avaliada, sem dificuldades, e orientados sobre adequada higiene bucal.

Percebemos o interesse dos usuários por participarem nas diferentes ações, se sentiram melhor atendidos, com um controle contínuo da pressão arterial e glicose, assim como o trabalho para evitar complicações a curto, médio e longo

prazo. Os exames de semestrais para os mais complicados, e anuais para os mais estáveis, são elementos incorporados ao nosso dia a dia. As consultas com a nutricionista na unidade para aqueles com atendimento diferenciado, a realização de atividade física, a participação em atividades de promoção de saúde, são elementos que estão incorporados no nosso trabalho diário. Não temos atividades planejadas que não sejam desenvolvidas.

Nossa equipe manteve-se muito unida na realização das ações previstas no nosso projeto de intervenção, o que fortaleceu o nosso trabalho em equipe. Nosso trabalho foi bom, conseguimos chegar aos 100% dos usuários diabéticos e aumentamos o número de usuários hipertensos cadastrados em um 102,7%. Os usuários têm um maior conhecimento destas doenças e agora estão identificados com nossa UBS. Nossa equipe está muito satisfeita com o trabalho desenvolvido e pela primeira vez em nossa comunidade foi realizado um projeto de intervenção com o grupo de usuários diabéticos e hipertensos. É um propósito da nossa equipe continuar o trabalho, realizar uma nova intervenção noutra ação programática, por exemplo na saúde da pessoa idosa, temos como objetivo, pelo número de pessoas idosas que tem a área de abrangência e pelas características da população que vai ficando mais velha.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Como resultado da mudança no período de intervenção de 16 semanas para 12 semanas, foi necessário ajustar agenda e o cronograma para que pudessemos atingir melhores resultados. Terminado o trabalho, nossa intervenção não conseguiu chegar a 100% dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, que fizeram uso da medicação da farmácia popular ou HIPERDIA. Concluímos com 85,6% de hipertensos e 90,1% de diabéticos com indicação de medicamentos e fazendo uso da farmácia popular e HIPERDIA, muitos não quiseram fazer troca da medicação por se sentir bem. Mesmo assim, continuamos com o acompanhamento que precisam esses usuários melhorando a cada dia o atendimento e a qualidade de vida deles.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto a coleta e sistematização dos dados, não tivemos dificuldades, contamos em toda a intervenção com as fichas espelhos em quantidade suficiente. As fichas foram preenchidas pelo médico, no momento do atendimento, ação que não foi fácil nas primeiras semanas, devido a estar-se organizando ainda o trabalho, mas agora já faz parte de nossa rotina diária. A planilha de coleta de dados foi preenchida também pelo médico em outro momento, no próprio consultório, depois dos atendimentos com a ajuda das técnicas de enfermagem, e com o apoio dos prontuários dos usuários, e as fichas espelho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com esses indicadores, conseguimos plantar a semente e que posteriormente serão colhidos ótimos frutos como a melhoria da qualidade do atendimento na UBS e sua incorporação na rotina, seguindo os protocolos na tentativa de ter mais organizada ações programáticas. Nossa equipe manteve-se muito unida na realização das ações previstas do nosso projeto de intervenção, o que fortaleceu o nosso trabalho em equipe, posso afirmar que cada ação já faz parte de nossa rotina diária. Finalizando destaque que o desafio valeu a pena, pois cheguei ao ponto onde todos podemos desfrutar de nosso triunfo, pois nossa população foi motivada com nossas atividades de promoção de saúde e incentivamos a ter uma participação mais ativa na sua saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Após várias semanas do andamento do Projeto de Intervenção com o objetivo de Ampliar a Cobertura do Programa de Atenção à Usuários Hipertensos e Diabéticos, maiores de 20 anos, na Unidade Básica de Saúde Irene Da Silva Oliveira, Candelária, no Rio Grande do Sul, me disponho a fazer a descrição dos resultados obtidos durante este período.

Faremos a avaliação dos aspectos quantitativos e qualitativos do projeto. No aspecto quantitativo analisaremos os indicadores comparando-os com as metas e examinando a evolução ao longo da intervenção. Nos aspectos qualitativos analisaremos as ações, descrevendo o grau de implementação das ações propostas, examinando a importância da implementação destas ações para serem melhoradas.

Temos na área adstrita à Unidade Básica de Saúde um total de 2.995 usuários, com uma estimativa, segundo o Caderno de ações programáticas, de 2.124 pessoas com 20 anos ou mais, deles 669 de estimativa de usuários hipertensos, o que representa 44 % dos nossos usuários cadastrados e uma estimativa de 191 usuários diabéticos, que representam 94% da nossa cobertura. Nosso propósito foi de cadastrar o maior número de usuários com estas patologias, em um período de trabalho de 12 semanas, tempo em que correspondia desenvolver o projeto de intervenção.

Referente à hipertensão arterial, no aspecto quantitativo, chegamos a um resultado de cadastramentos e avaliação de 305 usuários, o que representa 45.5 % dos usuários per a estimativa do CAP mas neste indicador trabalhamos com o número de usuários cadastrados na UBS que foi de 297 chegando ao 102 % dos usuários. Chegamos a avaliar mais dos usuários cadastrados na unidade com esta

patologia, graças ao trabalho da equipe e apoio da equipe NASF. A explicação para este resultado de cobertura para hipertensos ser mais que 100% é a seguinte: no andamento do projeto foram cadastrados usuários novos, moradores da comunidade, que foram diagnosticados com essa doença, fazendo com que o número desses usuários fosse maior que o número previsto.

Referente ao Diabetes Mellitus, no aspecto quantitativo, conseguimos um resultado de cadastramento e avaliação de 191 usuários, o que representa 100 % dos usuários, pois muitos destes também são hipertensos, o que facilitou o cadastramento dos mesmos.

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

Meta 1.1. Cadastrar 80 % dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

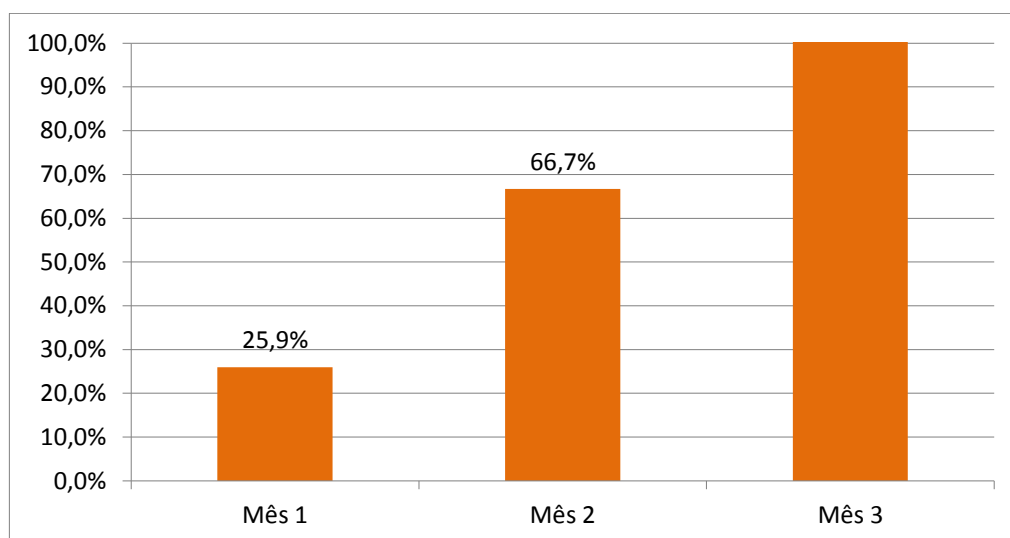


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Irene Da Silva Oliveira, Candelária/RS.

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: no 1º mês foram cadastrados 77 usuários hipertensos (25,9 %), no segundo mês 198 hipertensos (66,7 %), no terceiro mês 305 hipertensos (102,7 %), conforme Figura 1.

Para o desenvolvimento deste trabalho recebemos o apoio da comunidade e a compreensão da população; foi importante o trabalho desenvolvido pelas ACS,

assim como da equipe NASF, que com seu trabalho ajudou a promover a intervenção e como consequência aqueles hipertensos que não compareciam à consulta, foram entendendo a importância destas, levando a um melhor controle e uma melhor qualidade de vida. Tivemos algumas dificuldades, por exemplo, em alguns casos a ausência de alguns usuários às consultas por conta do trabalho, mas foi sendo superado.

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

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

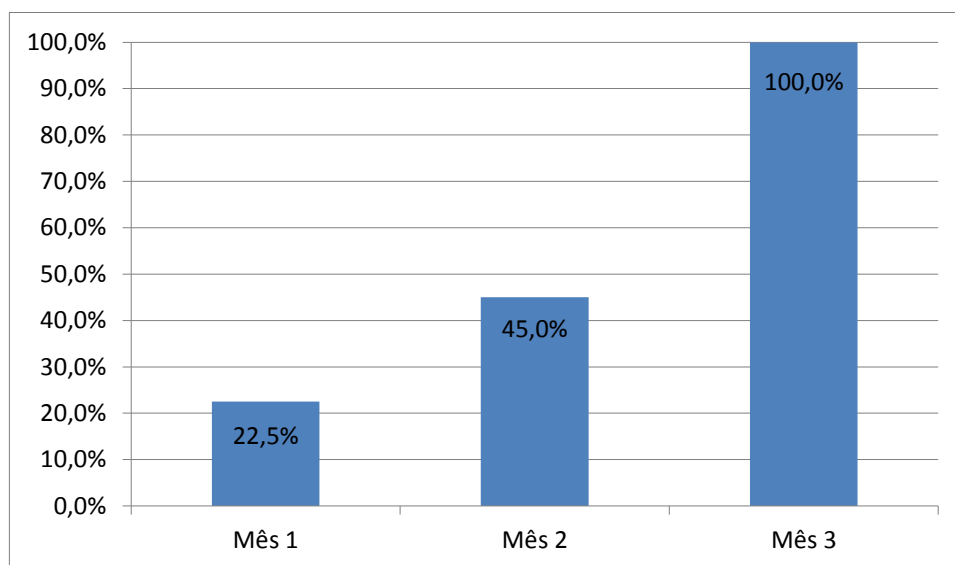


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Irene Da Silva Oliveira, Candelária/RS.

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: no primeiro mês foram registrados 43 diabéticos (22,5 %), no 2º mês 86 diabéticos (45,0 %), no 3º mês 191 diabéticos (100 %).

Para o caso dos diabéticos aconteceu o mesmo que ocorreu com os hipertensos: recebemos apoio da comunidade, a colaboração dos ACS, bem bom como da equipe NASF, que com seu trabalho de promoção ajudou ao melhor conhecimento das tarefas do projeto com a comunidade.

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

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

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

Neste indicador todos os usuários cadastrados, mês a mês, foram indicados os exames de acordo o protocolo no primer mês 77, no segundo mês 121 e no terceiro mês 107, sendo 100 % em cada mês.

É importante falar do apoio recebido pela secretaria de saúde para realização dos exames e o trabalho da equipe para que os usuários fizessem os exames na data estabelecida e não atrasar as consultas programadas.

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

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

Neste indicador 100 % dos usuários que foram cadastrados e atendidos em consultas mensalmente foram indicados os exames de acordo o protocolo.

Sendo importante o apoio da secretaria de saúde para agilizar a realização dos exames, o trabalho desenvolvido pela equipe da unidade, em especial as ACS para conseguir a realização dos exames dos usuários.

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.

Neste indicador em 100 % dos usuários foram realizados os exames e ficaram com exames em dia de acordo o protocolo.

Em conjunto com a Secretaria de Saúde o número de exames para a realização dos mesmos foi garantido, não ficando nenhum usuário sem realizar esses exames, importantes para o melhor controle da sua doença. Pode ter acontecido algum atraso mais foi solucionado com a ajuda da equipe e da coordenadora da unidade, no caso que algum exame terminou, foi coordenando junto com a secretaria de saúde sendo autorizado e resolvido o problema.

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.

Neste indicador 100 % dos usuários com diabetes realizaram os exames em dia 43 no primer mês, 43 no segundo mês e 105 no terceiro mês. Com o apoio da Secretaria de Saúde e a coordenação da unidade, não ficou nenhum usuário sem fazer os exames. Aconteceu que alguns deles após ser indicados os exames não acudiram para sua realização no laboratório mas com o trabalho das agentes de saúde, conseguimos resgatar aqueles que por causa do seu trabalho demoram na realização.

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

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

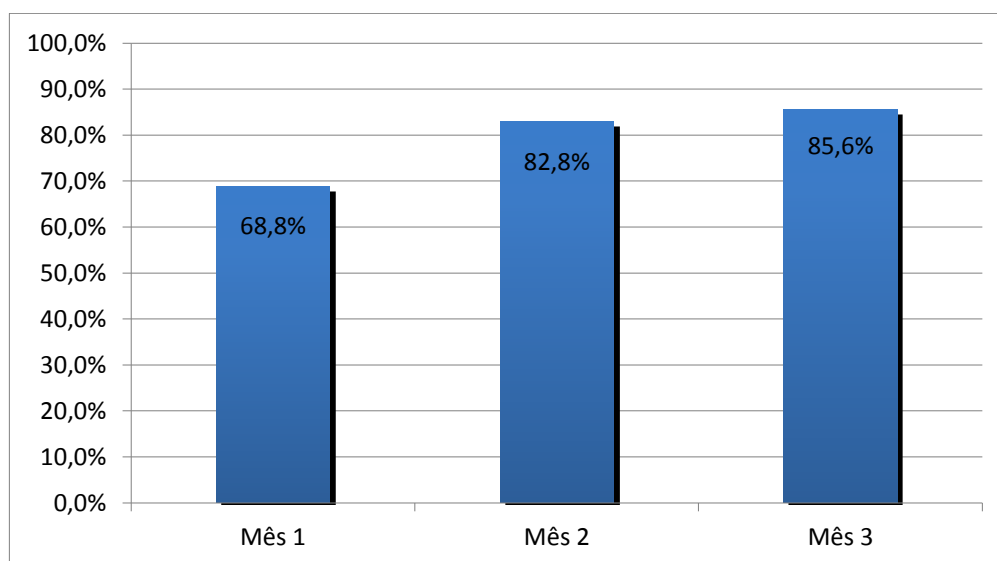


Figura 3: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular \ Hiperdia priorizada na unidade de saúde Irene Da Silva Oliveira, Candelária/RS.

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 53 usuários fizeram uso de medicamentos da Farmácia Popular- Hiperdia priorizado para 68,8 %, no segundo mês 164 (82,7%) e no terceiro mês 261 (85,6%), conforme Figura 3.

É importante sinalizar a dificuldade encontrada no trabalho desenvolvido, pois muitos usuários tinham tratamento há muito tempo com medicação não incluída dentro do Hiperdia ou na Farmácia Popular e que conseguimos na maioria deles trocar as medicações pelas fornecidas nas Farmácias Populares ou Hiperdia. Na totalidade dos usuários conseguimos que ao menos pegassem uma medicação da Farmácia Popular ou Hiperdia. Isto é importante, porque melhora a economia financeira dos usuários ao não ter que comprar medicações que são fornecidas pelo SUS, mesmo assim não faziam uso.

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.

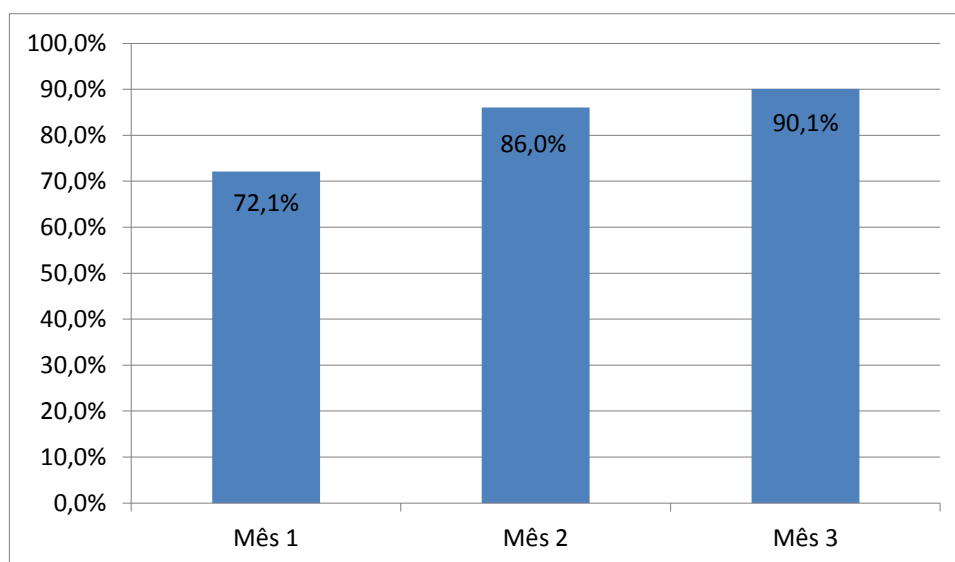


Figura 4: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular \ Hiperdia priorizada na unidade de saúde Irene Da Silva Oliveira, Candelária/RS.

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 31 usuários (72,1%), no segundo mês 74 (86,0%) e no terceiro mês 172 com um 90,1 %, conforme Figura 4.

O trabalho com os usuários diabéticos que não faziam uso de medicação das Farmácias Populares ou Hiperdia foi mais fácil a troca. Ajudo muito o apoio da equipe NASF no trabalho desenvolvido nos grupos, falando das medicações e os benefícios, fator que ajudou a troca das medicações nas consultas, conseguindo que ao menos pegassem um medicamento da Farmácia Popular ou Hiperdia, embora,

muitas foram trocados em sua totalidade, chegando a ter um maior controle da sua doença.

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.

Neste indicador conseguimos que 100% dos usuários cadastrados fossem avaliados no atendimento odontológico mensalmente. Um trabalho bem organizado pela odontóloga da unidade, conseguindo ser atendidos em consulta e saindo com seu atendimento pronto.

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.

Conseguimos que os usuários cadastrados mensalmente fossem avaliados no atendimento odontológico, avaliados em consulta médica e passando pelo atendimento com a odontóloga de acordo as suas necessidades.

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.

Neste indicador 100% dos usuários faltosos a consulta, 23 no primer mês, 25 no segundo mês e 23 no terceiro mês, foram procurados em busca ativa.

Trabalho desenvolvido em sua maioria pelas ACS, dando seus resultados positivos ao projeto. Conseguimos aderir muitos usuários que tinham abandonado o tratamento, foram eliminados preconceitos da doença aumentado a percepção de risco e melhorando sua qualidade de vida.

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

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

Neste indicador 100% dos usuários cadastrados que foram faltosos à consulta receberam busca ativa, 14 no primeiro mês, 9 no segundo mês e 35 no terceiro mês, sendo desenvolvido esse trabalho pelas ACS, conseguindo que todos fossem avaliados em consultas.

Na etapa planejada conseguimos inserir ao programa muitos usuários que não foram diagnosticados e que haviam abandonado o tratamento, incorporamos ao seguimento outros que por muito tempo tinham tratamentos inapropriados. Eliminamos preconceitos da doença e muitos usuários elevaram seus conhecimentos e percepção de risco.

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.

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: 100% dos usuários hipertensos cadastrados tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, nos três meses de trabalho, 77 no primer mês, 121 no segundo mês e 107 no terceiro mês

No início do projeto tínhamos na unidade de saúde o cadastramento feito anteriormente para começar a desenvolver o trabalho. Com o projeto e trabalho desenvolvido conseguimos aumentar o número de hipertensos, conseqüentemente conseguimos elevar as informações, dispomos agora de uma base de dados, a qual vai favorecer trabalhos posteriores. Ainda que o E-SUS também esteja ajudando para o seguimento de cada usuário, já que as informações ficam guardadas, incluindo o tratamento e exames feitos.

Tudo foi feito pela organização desenvolvida no transcurso do projeto. Os usuários chegavam à unidade e eram acolhidos pela enfermeira, sendo preenchidos os dados iniciais, finalizando na consulta médica.

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.

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: Nos três meses do trabalho do projeto, mensalmente, foram feitos 100% os registros de forma adequada dos usuários diabéticos, no primeiro mês 43, no segundo mês 43 e no terceiro mês 105.

No início do projeto tínhamos na unidade de saúde o cadastramento feito para começar a desenvolver o trabalho. Com o projeto e trabalho desenvolvido conseguimos aumentar o número de diabéticos, conseqüentemente conseguimos elevar as informações, dispomos agora de uma base de dados, a qual vai favorecer trabalhos posteriores. Ainda que o E-SUS também esteja ajudando para o seguimento de cada usuário, já que as informações ficam guardadas, incluindo o tratamento e exames feitos. Por isso, acreditamos que o registro de informações melhorou muito.

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 Básica de Saúde

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: Nos três meses de trabalho conseguimos realizar em 100% dos usuários hipertensos a estratificação do risco cardiovascular, no primer mês 77 usuários, no segundo mês 121 e no terceiro mês 107.

A determinação dos usuários hipertensos com fatores de risco cardiovascular foi fundamental para evitar complicações a curto, médio e longo prazo, em dependência do estado de saúde do usuário. Foi muito importante que cada usuário pudesse conhecer seus riscos e como evitá-los.

Metas 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

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

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: Nos três meses de trabalho conseguimos realizar em 100% dos usuários diabéticos cadastrados a

estratificação do risco cardiovascular, no primer mês 43, no segundo mês 43 e no terceiro mês 105 usuários.

A determinação dos usuários diabéticos com fatores de risco cardiovascular foi fundamental para evitar complicações a curto, médio e longo prazo, em dependência do estado de saúde do usuário. Foi muito importante que cada usuário pode conhecer seus riscos e como evitá-los, para isso determinamos a classificação de cada um.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 77 hipertensos (100%), no segundo mês 121 (100%) e no terceiro mês 184 (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em todas as consultas os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 43 (100%), no segundo mês 41 (100%) e no terceiro mês 107 (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em todas as consultas os usuários diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 77 (100%), no segundo mês 121 (100%) e no terceiro mês 184 (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em todas as consultas foram dadas as orientações aos usuários hipertensos sobre a prática regular de atividade física e com o apoio da equipe NASF nas reuniões do grupo.

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

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

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 43(100%), no segundo mês 41 (100%) e no terceiro mês 107 (100%) receberam orientação sobre a prática regular de atividade física.

Em cada consulta foi orientado para cada usuário orientação sobre a prática de atividade física.

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

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

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 77(100%), no segundo mês 121(100%) e no terceiro mês 184 (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Nas consultas foram orientados todos sobre o risco do tabagismo, com apoio da equipe NASF no grupo levou a uma melhor compreensão sobre os riscos.

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

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

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 43 (100%), no segundo mês 41(100%) e no terceiro mês 107(100%).

Cada um deles recebeu nas consultas orientação sobre os riscos do tabagismo; a equipe NASF no grupo apoiou este trabalho levando orientações, inclusive com a ajuda do psicólogo em conjunto com o médico.

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

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

Neste indicador tivemos o seguinte resultado: No primeiro mês 77(100%), no segundo mês 121(100%) e no terceiro mês 184(100%).

Todos receberam orientações sobre higiene bucal nos atendimentos feitos após a consulta médica e na consulta da odontóloga.

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

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

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 43 (100%), no segundo mês 41(100%) e no terceiro mês 107(100%).

Nos atendimentos realizados após consulta médica, na consulta da odontologista todos receberam orientações sobre higiene bucal.

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre diversos temas como: hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como fatores iniciantes para aparição das complicações em órgãos alvo e sua importância na prevenção destes.

Foram orientados sobre os direitos dos usuários de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso. Percebemos que os usuários e familiares ficaram muito atentos durante as atividades realizadas, perguntaram dúvidas e agradeceram pelo apoio da equipe da saúde e atenção prestada.

4.2 Discussão

O processo de intervenção na UBS Irene da Silva Oliveira, em Candelária/RS, contribuiu com a ampliação da cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos, na melhoria da qualificação da atenção, na acessibilidade dos usuários à UBS e na melhoria dos registros e controles. A equipe também conseguiu informar a população sobre a existência do projeto e realizar o engajamento da mesma na intervenção.

A equipe de nossa UBS conseguiu primeiramente estabelecer a prioridade nos atendimentos destes usuários, ação que não estava implantada até o momento

da escolha do tema do projeto de intervenção. Além disso, realizou-se o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, incluindo exame dos pés com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, o que permitiu garantir uma atenção de qualidade a esses, prevenindo e/ou detectando os fatores de risco presentes neles. Foram indicados os exames complementares de acordo com o protocolo e avaliados depois para ver se tinham sido realizados e seus resultados para futuras condutas e mudanças no estilo de vida e tratamentos, melhorando o cuidado individual e cumprindo com a integralidade. Os usuários também foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis, a necessidade de prática de atividade física regular para que possam ter autonomia quanto a sua saúde, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

Todos os usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus foram informados sobre a existência dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e sobre a possibilidade de eles usarem esses medicamentos pela acessibilidade e menor custo. Dessa forma conseguimos que alguns usuários trocassem o tratamento antigo para estes medicamentos do programa, o que promoveu a continuidade do tratamento e, por consequência, um melhor controle da doença. Embora, ainda existam alguns usuários que fazem acompanhamento com especialistas privados e ainda não acham necessário usar os medicamentos fornecidos pelo SUS ou na Farmácia Popular.

O cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos acamados e/ou com problemas de locomoção, assim como a avaliação da necessidade de realizar visita domiciliar e a realização desta, foi facilitada pelo médico, pelas técnicas de enfermagem e o resto da equipe, graças a sua dedicação e comprometimento deles para com o projeto.

Referente ao objetivo de melhorar a adesão destes usuários, fizemos a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, sendo possível graças ao trabalho e dedicação da equipe.

A organização e a melhoria dos registros destes usuários permitiram levar um maior controle dos dados necessários para conhecer as deficiências e trabalhar na correção das mesmas. Em todos os atendimentos foram preenchidas as fichas espelho, que é um instrumento facilitador que fez com que conseguíssemos manter um adequado controle dos usuários.

As ações de promoção de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos foram realizadas em sua totalidade na área de abrangência. Com essas ações obtivemos mudanças que melhoraram o bem-estar e ajudaram no controle das patologias de alguns usuários. As ações mais importantes desenvolvidas no projeto foram os referentes à orientação nutricional sobre hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal, incluindo higiene de próteses dentárias.

O projeto exigiu da equipe a realização de diferentes capacitações segundo o preconizado pelo protocolo do MS, relacionadas com a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização no tratamento de HAS e DM, verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste. Todas estas ações de capacitação levaram ao trabalho integrado dos profissionais da equipe, o que contribuiu para a melhoria da adesão da equipe, assim como o enriquecimento profissional de cada um dos integrantes. Além disso, favoreceu na qualidade dos atendimentos destes usuários e nas relações entre os membros da equipe e a população alvo.

De maneira geral, podemos dizer que cada membro da equipe alcançou o cumprimento de suas atribuições e contribuiu com o desenvolvimento do projeto de intervenção. A intervenção terminou trazendo melhorias no funcionamento da UBS como um todo. As atividades agora estão mais bem planejadas. Melhorou o acolhimento da população de forma geral, e a equipe toda participa das ações.

O impacto da intervenção é bem percebido pela comunidade. Estes usuários demonstram um grande entusiasmo pela participação no projeto. A qualidade dos atendimentos melhorou em grande proporção, evidenciando-se no maior controle destas duas patologias, o que os motiva a continuar no cumprimento de todas as orientações recomendadas pela equipe.

Se fosse fazer a intervenção neste momento, teríamos uma equipe com uma maior capacidade de enfrentar os problemas relacionados com esses usuários, capacidade de interpretar suas preocupações e inquietudes, assim como um atendimento com maior qualidade. O projeto desenvolvido está sendo incorporado na rotina de trabalho sem problema nenhum, até agora foi se desenvolvendo sem maiores dificuldade e ficando como rotina do processo de atendimento na UBS.

Eu pensaria para uma melhor ação programática incorporar ao trabalho o problema da obesidade como fator a ter presente no controle das patologias, já que

é um fator de risco importante. Como melhoria à atenção no serviço seria incorporado como rotina de trabalho as conversas todas as segundas de manhã antes de começar as consultas; uma breve conversa sobre estilos de vida saudável junto com a equipe NASF, assim como a melhoria no serviço para a realização do eletrocardiograma no município.

Com a finalização do projeto percebo que mudamos para uma equipe com um nível de interação e adesão muito bom, com entusiasmo nas atividades que desenvolve no dia a dia. Sabemos que teremos condições de superar algumas das deficiências apresentadas no desenvolvimento do projeto, pois contamos com as ferramentas necessárias para isso, uma equipe disposta a trabalhar em união.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezada secretária da Saúde do município de Candelária/RS,

Venho por meio deste relatório, trazer ao conhecimento da gestão local de saúde do município Candelária\RS os principais resultados obtidos no trabalho desenvolvido no projeto de intervenção realizado na unidade de saúde Irene Da Silva Oliveira, Candelária/RS. O objetivo principal da intervenção foi melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da unidade, uma vez que uma das principais limitações identificadas em nossa unidade de saúde foi à carência de ações voltadas para essa população.

Após 12 semanas de intervenção tivemos ótimos resultados com o desenvolvimento do nosso projeto de intervenção voltado para hipertensos e diabéticos, resultados estes que mostram as melhorias na qualidade do atendimento. Nesse contexto, o apoio da gestão local foi muito importante para o desenvolvimento do trabalho.

Foi feita capacitação da equipe da UBS para a realização das atividades desenvolvidas na intervenção conforme os protocolos do Ministério da Saúde. Se trabalho na unidade com uma ficha espelho que permite o registro adequado dos dados necessários para o acompanhamento e monitoramento da situação de saúde de cada usuário, realizamos exame físico em todos os usuários hipertensos e diabéticos, garantimos a realização de exames laboratoriais necessários, reorganizamos a nossa agenda a fim de dar prioridade de atendimento para hipertensos e/ou diabéticos identificados como de risco, foram desenvolvidas atividades educativas de promoção da saúde com a discussão de temas como: alimentação saudável, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo,

também fizemos busca ativa de usuários faltosos e visitas domiciliares aqueles que não podem se deslocar até a unidade de saúde.

Recebemos apoio por parte da gestão, com a prioridade na marcação dos exames complementares o que favoreceu maior rapidez na atualização dos dados em cada usuário que participou na intervenção.

A intervenção está mudando a visão dos profissionais da equipe em relação à planificação da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, tivemos fortificação da relação equipe-comunidade e melhor controle destas duas doenças. Existem temas que poderiam ter melhorado para manter a intervenção: os agendamentos das consultas, e melhor planificação e programação das visitas domiciliares.

Com as atividades desenvolvidas introduzimos na população alvo, a importância da realização de acompanhamento periódico e completo na unidade, mudanças no modo e estilo de vida e trabalhamos para melhorar a qualidade de vida da população evitando ou retardando as complicações mais frequentes. Atingimos nosso objetivo e conseguimos manter a motivação da equipe e incluir as atividades desenvolvidas na intervenção como rotina de trabalho de nossa UBS.

Com o trabalho desenvolvido, foi alcançado o objetivo: Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. A equipe ganhou uma melhor organização e um melhor planejamento de suas ações, a comunidade ganhou mais espaço com sua participação, e, o município ganhou um programa com maior qualidade, com a possibilidade de continuar a Intervenção e implementá-la em outras ações programáticas, com um princípio fundamental e que gosto muito que é: universalidade, integralidade, equidade e participação popular.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da UBS Irene da Silva Oliveira,

Durante os últimos três meses, eu, médico do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), em conjunto com a equipe de saúde da UBS Irene Da Silva Oliveira do município deste município (Candelária/RS), desenvolvemos um projeto de intervenção com o objetivo de começar a ampliar a qualidade do atendimento oferecido na Unidade Básica de Saúde (UBS) a todos vocês, membros da comunidade. Esse projeto de intervenção foi desenvolvido durante a realização do curso de à Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) que eu, venho realizando no último ano.

O objetivo principal e inicial do nosso projeto de intervenção foi promover a melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da nossa área de atenção a fim de diminuir as complicações destas doenças crônicas. A escolha de portadores de hipertensão e/ou diabetes para realizar uma intervenção se fez após avaliação realizada na UBS onde foi possível identificar deficiências e limitações de ações voltadas a qualidade da atenção a estas pessoas, mas gostaríamos que vocês soubessem que com o sucesso de nossas atividades pretendemos estender essas melhorias a todos os usuários que procuram e frequentam nosso serviço.

Foi organizado os atendimentos dos usuários todos os dias com o fim de obter o maior cadastramento possível dos mesmos. Se conseguiu melhora na organização do acolhimento dos usuários diabéticos e hipertensos na UBS, questões que contribuiram na melhoria da qualidade dos atendimentos, os mesmos são desenvolvidos segundo os parâmetros do Ministério de Saúde, em seu protocolo. Alguns dos objetivos das atividades realizadas para melhorar o atendimento aos hipertensos e diabéticos eram ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão ao programa, aperfeiçoar o registro das

informações das pessoas da área de abrangência, mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde dessas pessoas.

Para conseguir que estas ações fossem realizadas, organizamos um cronograma de atividades a serem desenvolvidas em 12 semanas e contamos com a ajuda de toda a equipe da UBS e da gestão local do município. Com o trabalho da equipe e gestão local, pudemos organizar a agenda de atendimentos dando prioridade para atendimento às pessoas hipertensas e diabéticas em situação de risco, conseguimos capacitar a equipe para melhorar o atendimento a toda a população e principalmente, aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Neste tempo, três meses conseguimos cadastrar e acompanhar 305 usuários com hipertensão (102,7 %) e 191 com diabetes (100 %) residentes na área de abrangência da UBS Irene Da Silva Oliveira. Alcançamos os objetivos propostos, realizamos exame físico em todos os usuários, realizamos exames laboratoriais, garantimos atendimento médico a todos, desenvolvemos atividades educativas sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos e os riscos do tabagismo. Introduzimos na população a importância da realização de acompanhamento periódico e completo na unidade, mudanças no modo e estilo de vida, agora nós temos um maior controle e seguimento dos pacientes com hipertensão e diabetes da nossa área, expandimos e priorizamos os atendimentos para estes pacientes para todos os dias da semana aumentando assim a cobertura de atendimento o que vai favorecer o cadastro dos usuários de toda área adstrita. Todas estas ações foram cuidadosamente planejadas a fim de não prejudicar o atendimento de pessoas com outros problemas de saúde, sendo que pretendemos expandir esta intervenção para outros grupos populacionais.

As atividades de melhoria na qualidade do atendimento terão continuidade na UBS. Dessa forma esperamos poder contar com a colaboração de vocês, para que possamos continuar melhorando a cada dia o atendimento destinado a nossa população que procura o atendimento com qualidade na UBS Irene Da Silva Oliveira, neste município de Candelária/RS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Foi um desafio o curso de especialização em saúde da família pelo idioma, mesmo assim com o esforço foi gratificante o poder adquirir maiores conhecimento do funcionamento das estratégias de saúde no Brasil e brindar uma atenção com qualidade a população e conseguir uma melhor qualidade de vida dos usuários. O curso tem me fornecido experiências no âmbito pessoal, pois hoje posso falar que tem melhorado meu português e tenho enriquecido meus conhecimentos sobre a saúde da família.

Com a realização da intervenção senti-me confortado ao ver como meus colegas da equipe se comprometeram com ele e me apoiaram na sua realização, passei momentos de muita tensão na elaboração das tarefas a cada semana, mas não desisti e estou quase no final do trabalho e já posso sentir essa sensação do dever cumprido.

O desafio tem sido grande, ao chegar até aqui me senti animado porque viemos para tentar melhorar a saúde daqueles usuários mais carentes que precisavam de atenção médica e tentar implementar atenção primária de saúde.

Meus conhecimentos sobre o SUS e atenção primária de saúde no Brasil, foram enriquecidos com a realização dos casos clínicos, a bibliografia proporcionada no transcurso de cada unidade porem pude melhorar a qualidade no atendimentos dos usuários.

Foi minha primeira experiência em meus anos de trabalho, na estratégia de saúde e o curso a distância, me proporcionou melhor capacidade técnica na metodologia para planejar ações, desenvolvi habilidades para organizar as informações e consegui realizar uma análise situacional de qualidade que permitiu criar estratégias a favor de uma melhor atenção de saúde em minha UBS.

O curso me ampliou os conhecimentos necessários da realidade da saúde no Brasil e de como funciona, também nos permitiu a troca de experiência com outros profissionais envolvidos no programa a través dos diferentes espaços como fórum da clínica. Outra coisa que nos tem sido de muita ajuda em nosso desenvolvimento no curso foi a comunicação com os orientadores que sem eles não seria possível avançar até aqui e que tem me proporcionado uma experiência única inesquecível que ficará, pois constituiu uma marca que me permitirá e abrirem caminhos em mi futura vida profissional. A vivência proporcionada pelo curso neste

momento vai possibilitar que outras ações sejam melhoradas, ou seja, a intervenção de agora é a imagem e o reflexo para outras, envolvendo outros grupos populacionais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas, Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas, Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica da Doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AM. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol., v.100, n.3, p. 1-40, 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, 9 maio 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

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

Apêndices

Fotografia 1: Grupo HIPERDIA



Fotografia 2: Grupo HIPERDIA, realização do glicoteste.



Fotografia 3: Promoção atividade física (Equipe NASF)



Fotografia 4: Promoção de atividade física (Equipe NASF)



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante