

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 07**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS
Lagoa do Camelo, Luís Correia-PI.**

Yerania Pascual Zaldívar

Pelotas, 2015

Yerania Pascual Zaldívar

Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia-PI.

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: Estela Maris Rossato

Pelotas, 2015

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

Z22m Zaldivar, Yerania Pascual

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia-PI / Yerania Pascual Zaldivar; Estela Maris Rossato, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 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. Rossato, Estela Maris, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Quando se luta para conseguir algo desejado não existe algo inseguro, sem desconfiança e falta de sono, se em nosso pensamento há pessoas como minha mãe e minha filha que me dão o apoio necessário para obter este objetivo. A elas dedico este trabalho com a segurança de que sou uma Profissional dedicada às exigências de nossa saúde.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, pelo seu grande amor e presença constante em minha vida; a minha orientadora, Estela Maris Rossato, pelo incentivo, paciência e grande ajuda, sem os quais o presente trabalho não teria sido possível; à minha família pela força e compreensão; para todas as pessoas que nos apoiaram na realização de deste trabalho.

Resumo

PASCUAL, Yerania Zaldívar. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.** 2015. 80 folhas. 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 crônicas são um problema de saúde global e uma ameaça para a saúde e desenvolvimento humano, se tornou uma prioridade em saúde no Brasil, é a principal fonte da carga de doenças e são cada vez mais importantes na distribuição de as ações programáticas típicas da atenção primária com base nas condições de modificação de pirâmide populacional e de estilo de vida que levam a essas doenças epidêmicas na população brasileira. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos adultos com 20 anos ou mais portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Lagoa do Camelo no município de Luís Correia-PI, cadastradas no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus da unidade. Foi estruturado em um período de 12 semanas, seguindo um cronograma pré-estabelecido. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Foram adotados como referencial teórico os cadernos de atenção básica: Hipertensão Arterial Sistêmica nº 37 e Diabete Mellitus nº 36, ambos do Ministério da Saúde e para a coleta dos dados foram utilizados os prontuários clínicos e as fichas espelho do Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos. No total, 146 hipertensos e 36 diabéticos participaram da intervenção, alcançando uma cobertura de 59.6% dos hipertensos e 69.4% dos diabéticos. Antes de iniciar da intervenção a população alvo da UBS é de 1536 usuários, com um total de 60 usuários hipertensos, correspondendo a uma cobertura de 12%, e 10 usuários diabéticos, o que corresponde a 7% de cobertura. Já no primeiro mês se havia pesquisado a população de abrangência onde retificamos a população total para 958 usuários. A intervenção proporcionou melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS, sem afetar outros serviços, mudança no fluxo, no atendimento, no acesso e na qualidade da assistência à saúde da população, aumentou os níveis dos indicadores que estavam baixos anteriormente. Conseguimos mudar nossa estratégia de trabalho incorporando agora todas essas ações na rotina diária de nosso trabalho na UBS.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição da População Residente na Localidade de Lagoa de Camelo em 2014.	12
Figura 2	Proporção de hipertensos cadastrados na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.	54
Figura 3	Proporção de diabéticos cadastrados na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.	55
Figura 4	Proporção de hipertensos com exames complementários em dia de acordo com o protocolo, na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.	57
Figura 5	Proporção de diabéticos com exames complementários em dia de acordo com o protocolo, na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.	58
Figura 6	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.	59
Figura 7	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.	61
Figura 8	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.	62
Figura 9	Atividades de Promoção à Saúde: alimentação saudável na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.	70

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro da Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EMADE	Escolas Municipais de Educação
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de HAS e DM na atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SAMU	Serviço do Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	8
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.....	18
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	53
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados.....	54
4.2 Discussão	67
5 Relatório da intervenção para gestores	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências	76
Anexos.	77

Apresentação

Este volume trata-se de um projeto de intervenção realizado no Município de Luís Correia/PI, que teve o objetivo de melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados na UBS Lagoa do Camelo. O documento apresenta a análise situacional da unidade, a análise estratégica, o projeto de intervenção, a avaliação da intervenção, e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Apresenta tais etapas em sete seções. A primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção básica do município e da unidade alvo deste trabalho; a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, na qual é descrito justificativa, objetivos e metodologia do trabalho; a terceira pelo Relatório da Intervenção, onde é realizada uma análise do processo de trabalho, dificuldades encontradas e perspectivas futuras; a quarta seção composta pelos Resultados da Intervenção, na qual descrevemos os resultados e os analisamos em uma discussão, além de serem apresentados dois relatórios: um para a comunidade e outro para os gestores na quinta e na sexta seção. Na sétima seção, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção. E por último, apresentamos as referências bibliográficas utilizadas no trabalho, e os instrumentos para coleta e consolidação dos dados nos anexos a este volume.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Lagoa do Camelo, no município Luís Correia do Estado Piauí, localizado muito longe do centro do município, na zona rural. O centro de saúde foi fechado por cinco meses por não ter médica ou enfermeira. Considero que meu trabalho é muito importante para o bom funcionamento da UBS e fundamental para a atenção adequada à população.

A UBS onde eu trabalho tem uma sala de atendimento, uma sala de recepção, uma sala médica, uma sala de enfermagem, uma sala para a técnica de enfermagem e curativos, uma sala de vacinas, uma sala para farmácia e/ou armazenamento de medicamento, dois banheiro.

A equipe de saúde está composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista que agenda os atendimentos. Tenho cinco micros áreas, aonde semanalmente na sexta feira vou a cada micro área, e de segunda a quinta feira, as consultas são na UBS. Existe uma boa relação da equipe com a comunidade.

Os usuários têm muitas dificuldades para fazer exame, porque o lugar onde são marcados fica muito longe e quando os usuários chegam para marcar não conseguem vagas e precisam ir várias vezes e outra coisa quando os usuários vêm para fazer exames levam vários dias depois para receber os resultados e já não cumpre o objetivo de avaliar oportunamente os usuários.

As grávidas ou outros usuários com doenças crônicas, quando as encaminhamos, não voltam com a contra referencia. Na ESF não existe um controle detalhado das consultas das crianças, grávidas e de puerpério, também não existe os livros de controle, e todos os usuários tem prontuários. A maior parte da população está alfabetizada e tem um índice de violência baixo.

Os medicamentos são oferecidos na mesma UBS, que é abastecida pela farmácia da secretaria de saúde. O horário de trabalho é de 8 horas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Luís Correia é um município brasileiro do estado do Piauí. É um dos quatro municípios litorâneos do Piauí e o com as praias mais movimentadas durante as férias por turistas. Em períodos festivos a cidade chega a receber cinco vezes mais turista que o total de sua população. Isso acontece principalmente na passagem de ano e no Carnaval, que é um dos maiores do Nordeste. “Localiza-se a uma latitude 02°52’45” sul e a uma longitude 41°40’01” oeste, estando a uma altitude de 10 metros.

Sua população estimada é 28.600 habitantes. Possui uma área de 1077,3 km. É o município piauiense com maior extensão de litoral, com cerca de 46 km. Quanto aos serviços de saúde disponíveis, possui 15 UBS, um hospital e 10 equipes da saúde bucal, um (CAPS), um (SAMU) e dois (EMADE), um laboratório de análises clínicas, uma Coordenação Vigilância Sanitária municipal, e Conselho Municipal de Saúde (CMS).

A UBS em que eu trabalho é Lagoa do Camelo, fica a muito longe do centro do município, na zona rural. A UBS tem boa estrutura, não tem barreiras arquitetônicas. Tem uma boa iluminação, esta UBS está em funcionamento há um ano. Não oferece atendimento à população nos fins de semana, existe área geográfica de abrangência definida, tem mapa da área geográfica de abrangência do serviço, e o ano da última atualização do mapa da área geográfica de abrangência foi em 2014.

As pessoas acomodam-se na sala de espera, que é muito grande, com espaço para mais de 30 pessoas. Existe uma sala de atendimento, uma sala de recepção, uma sala médica, uma sala de enfermagem, uma sala para a técnica de enfermagem e curativos, uma sala de vacinas, uma sala para Farmácia e/ou armazenamento de medicamento, tem dois banheiros. Não temos sala de nebulização nem consultório odontológico. Para usuários com deficiência física o acesso não é difícil, pois não há presença de barreiras arquitetônicas. Os usuários que precisam de outros serviços são encaminhados ao hospital onde são avaliados e seguem protocolos. Fazemos um trabalho em equipe para oferecer um melhor atendimento a população e melhorar sua saúde.

Os principais serviços oferecidos são consultas médicas pelo a médica e enfermeira, curativos, imunizações, encaminhamentos para especialidades, entrega de medicação básica, atendimento aos usuários através do programa de HIPERDIA, assistência pré-natal, prevenção e rastreamento precoce do câncer do colo uterino e de mama, atendimento a idosos e visitas domiciliar. A consulta com as especialidades demoram muito que prejudica o usuário para um melhor atendimento.

Na nossa UBS, temos boa parte dos insumos, mas ainda falta estruturar algumas áreas, por vezes temos falta de alguns materiais, mas a equipe tenta solucionar e o Secretário de Saúde tem disponibilidade para dialogar. Também estão presentes dificuldades com outros materiais como livros, notebooks, o que dificulta o nosso trabalho. Os profissionais participam ativamente nas diferentes atividades, que ocorrem na UBS e nas comunidades.

Realizamos o mapeamento da área de atuação da equipe, identificamos os grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos (HAS, DM, Tuberculose, Hanseníase), além de buscar apoio das redes sociais, como grupo de mães, grupos de idosos e associação de moradores. Realizamos atendimento a demanda por problema de saúde agudo no menor tempo possível e se necessário são encaminhados. Não temos excesso de demanda de atendimento no dia.

A população total na área da UBS é de 1.536 sendo, 786 do sexo feminino e 750 do sexo masculino.

v Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	263
v Mulheres entre 25 e 64 anos	258
v Mulheres entre 50 e 69 anos	136
v Gestantes na área	06
v Menores de 1 ano	12
v Menores de 5 anos	32
v Pessoas de 5 a 14 anos	153
v Pessoas de 15 a 59 anos	270
v Pessoas com 60 anos ou mais	102
v Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	60
v Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	10

Figura 1 Distribuição da População Residente na Localidade da Lagoa de Camelo em 2014.
Fonte: Informações da secretaria de saúde.

A demanda espontânea é um dos principais temas nas reuniões de equipe, minha UBS faz o acolhimento na sala de recepção na maioria das vezes pela recepcionista, técnica de enfermagem, mas também participam a médica e enfermeira. A mesma não precisa de horário específico para ser feito, começa na recepção onde os usuários recebem todas as informações correspondentes e recebe também uma classificação de acordo a sua prioridade, dando prioridades para idosos, deficientes, crianças e grávidas.

Realizamos atendimento a demanda por problema de saúde agudo no menor tempo possível para todos os usuários residentes ou não da área de cobertura da UBS. Não temos excesso de demanda de atendimento no dia.

Em relação ao pré-natal, os atendimentos são alternados entre médica e enfermeira para assegurar um controle de qualidade na atenção pré-natal e

puerpério. Solicitamos o cartão de pré-natal nos atendimentos e preenchemos com as informações atuais das gestantes.

Também os profissionais de saúde conversam com a gestante sobre a alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso do cartão de pré-natal. Realizamos atividades com grupo de gestantes e são realizadas no âmbito da UBS. Participam a médica, enfermeira e auxiliar de enfermagem. São realizadas mensalmente e envolve todas grávidas.

Realizamos um exame físico adequado e integral, uma boa avaliação de risco, também as gestantes que apresentam alguma doença aguda são recebidas e avaliadas na UBS. Realizamos planejamento gestão e coordenação do programa de pré-natal, realizamos avaliação e monitoramento com frequência mensal. Todas estão com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde.

A cobertura de pré-natal tem que aumentar a captação, só temos cadastradas 6 gestantes com uma cobertura muito baixa, 16%, em relação com nossa estimativa para a comunidade da UBS. Os indicadores de qualidade como avaliação integral adequada, consulta em dia, indicação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, prescrição de suplementação de sulfato ferroso, exame ginecológico por trimestre, vacinas, orientações para aleitamento materno cumprimos 100% das gestantes cadastradas.

Não temos excesso de demanda das gestantes para atendimento por problemas agudos. As principais ações são desenvolvidas pela médica, enfermeira e técnica de enfermeira como: cuidado as gestantes, diagnostico e tratamento de problemas clínicos, imunizações, planejamento familiar, aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudável, atividade físicas e saúde mental.

Também utilizamos protocolos para avaliação e classificação de risco gestacional, para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. São também utilizados para encaminhamento das especialidades, para internação hospitalar e serviços e atendimento de pronto atendimento. Os protocolos foram feitos pelo secretário municipal de saúde em 2012. Os atendimentos às gestantes são registrados nos prontuários clínicos e formulário especial do pré-natal. Temos arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes e costuma ser revisada periodicamente para verificar gestantes faltosas, completitude de registros. Para identificar gestantes de risco, os registros

são revisados pelo a médica, enfermeira e técnica de enfermagem. Contamos com 6 gestantes acompanhadas, correspondendo a uma cobertura de 16% e 9 puérperas acompanhadas, o que corresponde a 24% de cobertura.

Por não contar com equipe de saúde bucal não se pode fazer diagnóstico e tratamentos de problemas de saúde bucal, mas fazemos atividade de promoção da saúde bucal. As gestantes são encaminhadas para a UBS mais próxima onde se tem equipe de odontologia e ficamos atentos pela assistência à consulta.

Em relação à saúde da criança, os atendimentos das crianças são uma vez por semana, e as consultas de puericultura são muito importantes já que através delas pode-se monitorar a criança no seu desenvolvimento psicomotor, identificar fatores de risco que podem apresentar aconselhar as mães sobre a alimentação que deve ser introduzida e esclarecer suas dúvidas.

Não existem crianças fora da área de cobertura, e participam do atendimento de puericultura na UBS a enfermeira e a médica. A após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas de puericultura, existe demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudo, Não existe excesso de demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudo.

Os profissionais utilizam classificação para identificar crianças de alto risco. Utilizamos a classificação para identificar as crianças de alto risco e os protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis de sistema de saúde. E existe um arquivo para os registros dos atendimentos da puericultura realizados por nossa equipe.

Também desenvolvemos estratégias como as visitas domiciliares a todas as crianças menores de cinco anos, atividades educativas com grávidas e mães de lactantes do bairro, onde fazemos palestras sobre os principais temas que mais afetam o funcionamento dos programas sobre tudo o materno infantil.

Há 12 crianças menores de um ano cadastradas, correspondendo a uma cobertura de 24%, todas elas com 100% das vacinas em dia, todos estão dentro do meu território, que o maior percentual é de classe média, o que é bom, pois todos recebem visitas agendadas, que são realizadas pela enfermeira e ACS. Há também

6 grávidas. Todas as 12 crianças realizaram o teste do pezinho até sete dias, realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, monitoramento do crescimento na última consulta, e estão com orientação para aleitamento materno exclusivo.

Os profissionais de saúde da UBS orientaram todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. São realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino. Realiza-se a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico, realizado apenas as quintas-feiras de manhã. Não existem mulheres fora da área de cobertura de minha UBS que realizam a coleta de exame citopatológico, o qual é realizado pela enfermeira.

A médica e a enfermeira aproveitam o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de mulheres, e participam das atividades de grupo com mulheres a enfermeira, o médica, as ACS e a técnica de enfermagem, São realizadas mensalmente e envolvem cerca de 20 mulheres por mês. Fazemos rastreamento oportuníssimo e rastreamento organizado, já que as mulheres muitas vezes não realizam a consulta programada.

Temos o protocolo de controle do câncer de mama atualizado, e este é utilizado pelo médico e enfermeira. Em relação ao câncer de mama, na UBS realiza ações como: controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura; orientar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool; educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama; rastreamento do câncer de mama (exame clínico de mamas e /ou solicitação de mamografia); realizamos rastreamento do câncer de mama todos os dias da semana.

O rastreamento do câncer de mama é feito pela médica e pela enfermeira, também aproveitamos o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama oportuno e organizado. Para tal são utilizados os protocolos disponibilizados pelo SUS.

Sobre os indicadores para câncer de colo de útero, temos 258 mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, correspondendo a 43%. Das mulheres, 26 estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso,(10%).Uma mulher com exame citopatológico para

câncer de colo de útero alterado, 258 receberam avaliação de risco para câncer de colo de útero (51%). E com orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e sobre DST temos 258 mulheres, ou seja 100%.

Aproximadamente 80% dos exames citopatológicos analisados mostram a presença de processos inflamatórios e a presença de infecções. Por estas razões torna-se de grande importância a realização de uma estratégia educativa de intervenção mediante a qual possam ser melhorados os conhecimentos das mulheres sobre todos os aspectos, provocando mudanças no comportamento sexual mediante adoção de medidas e atitudes que fortaleçam a prevenção como estratégia básica para o controle das DST e especificamente sobre o corrimento vaginal.

O total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e que são acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é 136 (74%) do estimado do CAP. Mamografia em dia, temos 103 mulheres, 76%. Mamografia com mais de 3 meses em atraso, 33 mulheres, 24%. Com avaliação de risco para câncer de mama temos 136 mulheres, 100%. Com orientação sobre prevenção do câncer de mama, 136 mulheres, 100%.

Em relação à atenção aos portadores de HAS e DM, na UBS se efetuam ações como: orientação de hábitos alimentares, controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, e os malefícios do tabagismo.

Realizamos atendimento de adultos portadores de HAS e/ou DM um dia da semana, participa a enfermeira e a médica clínica geral. Além das consultas programadas para acompanhamento da HAS, existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e/ou DM.

São registrados os atendimentos dos adultos com HAS e/ou DM em Prontuário clínico, temos 60 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 10 diabéticos. Os usuários saem da UBS com a próxima consulta agendada. Existe protocolo atualizado de atendimento, para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde para portadores de HAS ou DM utilizado pelo a médica e enfermeira. Os registros de atendimentos dos adultos com estas doenças são feitos nos prontuários clínicos e utilizamos a classificação para estratificar o risco cardiovascular.

Existe o Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde, onde são realizadas atividades de grupos no âmbito da UBS, escolas, igrejas, ou seja, onde participam um número alto de usuários com doença ou algum risco de saúde. No caso da diabetes temos poucos atrasos em consultas e na realização de exame, são orientados todos os meses, na consulta, além das palestras mensais que são feitas pela equipe, orientando sobre os cuidados, sobre hábitos nutricionais adequados, hábitos de vida saudável entre outras.

O total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 60, correspondendo 12% de cobertura. Temos 60 com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 100%. Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias temos 17 usuários, 28%. 43 hipertensos estão com os exames complementares periódicos em dia (72%). Com orientação sobre prática de atividade física regular temos 60 (100%). Receberam orientação nutricional para alimentação saudável 60 usuários e 38 estão com avaliação de saúde bucal em dia (63%).

O total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 10, correspondendo a 7%. Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico temos 9, com (90%) de cobertura. Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias temos 1 usuário, ou seja, 10%. Com exames complementares periódicos em dia temos 9 usuários, 90%. Com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses temos 9 usuários (90%), Com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional temos 9 usuários, 90%.

Em relação à saúde do idoso, na UBS são atendidos todos os dias da semana, com a próxima consulta programada agendada. Existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos que são resolvidos de forma adequada. Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico.

Diferentes ações são desenvolvidas na UBS no cuidado aos idosos, como imunizações, promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos. Os profissionais de saúde da minha UBS avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico, explicam ao idoso ou seus familiares como

reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, como a HAS, DM e Depressão. Os profissionais que participam das atividades de grupo de idosos são a médica, a enfermeira e a técnica de enfermagem.

O Relatório de análise situacional permitiu conhecer mais nossa realidade de trabalho e particularidades das necessidades da comunidade, principalmente doenças, dificuldade que poderiam afetar o bom funcionamento da UBS e as dificuldades, como não tem equipe de saúde bucal, disponibilidade de alguns medicamentos e insumos médicos, acessibilidade aos exames complementares, encaminhamento para atenção especializada pelo SUS que é muito demorada, e também dificuldades com o serviço de internação, que muitas vezes o usuário retorna por falta de leito.

Também o Relatório permitiu conhecer a realidade do SUS, as rotinas de atendimento, a dinâmica de trabalho, a relação entre a demanda da população e os recursos disponíveis. Para os profissionais, nos permitiu conhecer melhor o ambiente de trabalho, realizar o planejamento de novas estratégias de melhoria em nossa unidade, realizar reunião de equipe mensal, manter reuniões mais frequentes para a construção da agenda de trabalho, a organização do processo de trabalho, discussão de casos, o planejamento das ações, o monitoramento e a análise de indicadores e informações em saúde.

Vimos à importância do planejamento e organização, diminuindo o tempo de espera dos usuários, a necessidade de conversa entre os trabalhadores e usuários sobre o modo de funcionamento da unidade em diferentes momentos tais como consultas, sala de espera, visitas domiciliares. Oferecemos diferentes palestras onde abordamos temas como a carta dos direitos dos usuários, engajamento público, atendimento prioritário aos usuários com problemas agudos, idosos, incapacitados, lactantes e grávidas.

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

Ao longo destas semanas de análise da situação de minha UBS e comparando com minha impressão inicial e expectativa, o relatório permitiu avaliar que a UBS tem boa estrutura, boa iluminação e ventilação, não tem barreiras arquitetônicas. Além disso, o relatório também nos permitiu conhecer nossa realidade de trabalho e particularidades das necessidades da comunidade. Identificamos dificuldades que poderiam afetar o funcionamento da UBS, como não contar com equipe de saúde bucal, disponibilidade de alguns medicamentos e insumos médicos, difícil acessibilidade aos exames complementares, encaminhamento para atenção especializada pelo SUS que é demorada.

Para os profissionais, permitiu conhecer melhor o ambiente de trabalho, planejamento de novas estratégias de melhoria em nossa unidade, realizar reunião de equipe mensal, manter contato, tendo os temas das reuniões mais frequentes: construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, diminuam o tempo de espera dos usuários, a necessidade de conversa entre os trabalhadores e usuário sobre o modo de funcionamento da unidade em diferentes momentos tais como consultas, sala de espera, visitas domiciliares. Além de oferecer diferentes palestras onde se aborde temas como a carta dos direitos dos usuários, engajamento público, idosos, incapacitados, lactantes e grávidas, atendimento prioritário aos usuários com problemas agudos.

Fazendo agora uma análise comparativa entre texto inicial e a análise situacional identifica-se que os usuários continuam com dificuldades para fazer exame, devido à distância da UBS até o lugar onde são marcados os exames. Além disto, quando realizam os exames, levam vários dias para receber os resultados e já não cumpre com o objetivo de avaliar oportunamente em muitos casos. As grávidas ou outros usuários com doenças crônicas quando encaminhamos não voltam com a contra referência. Na UBS existe agora um controle mais detalhado das consultas das crianças, grávidas e de puerpério.

Portanto, foi identificado na análise situacional que temos na UBS um total de 60 hipertensos e 10 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área que estão sendo acompanhados, correspondendo a uma cobertura de 12% e 7% respectivamente, depois de analisado este indicador podemos chegar à conclusão

que existe uma baixa cobertura de Hipertensos e Diabéticos, e por este motivo optamos por desenvolver a intervenção nesta ação programática.

Como inicialmente analisado existia uma serie de dificuldades em nossa UBS, principalmente na organização do trabalho, no cumprimento dos deveres, o que nos levaram a ter índice baixo, no atendimento de grávidas, crianças, idoso e usuários com doenças crônicas não transmissíveis, com nossa chegada à UBS nossa equipe de saúde já conquistou mudanças significativas atualmente todos os integrantes da equipe tem conhecimento pleno de suas funções e deveres, realizamos reuniões de equipe de forma semanal, onde é abordada a organização do trabalho, planejamento de ações de saúde, visita domiciliares, entre outros, avaliamos o cumprimento das consultas agendadas dos usuários com doenças crônicas e gestantes.

Inicialmente apresentamos dificuldades com atendimento de outras especialidades (encaminhamentos), continuamos apresentando dificuldade na disponibilidade de medicamentos, levando em conta todas essas dificuldades no dia a dia, tem melhorias nos indicadores de saúde, isso se deve a equipe que trabalha em união para oferecer um atendimento de melhor qualidade para obter uma maior satisfação da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é um síndrome de etiologia múltipla, caracterizada pela elevação persistente dos valores de pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg (NOM-030-SSA2-1999). É o resultado do aumento da resistência vascular periférica. A HAS é considerada um preditor de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, entre as quais a doença vascular cerebral, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e insuficiência renal. É a terceira maior causa de anos de vida ajustados por incapacidade (KEARNEY, et al 2005).

O DM é um grupo de doenças metabólicas que se manifesta por hiperglicemia, associadas a complicações, disfunções e insuficiência orgânica, destacando-se especialmente olhos, rins, sistema nervoso, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção da insulina, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

A UBS que eu trabalho é Lagoa do Camelo, fica muito longe do centro do município, localizada na zona rural. Fazemos um trabalho em equipe para oferecer um melhor atendimento a população e melhorar sua saúde.

A população alvo da UBS é de 1536 usuários. Temos na UBS 60 usuários hipertensos em acompanhamento, correspondendo a uma cobertura de 12%, e 10 usuários diabéticos, o que corresponde a 7% de cobertura. Minha avaliação da cobertura da HAS é baixa, mas somos conscientes que temos que continuar e melhorar nossos trabalhos diários na UBS e nas comunidades. Os indicadores da

qualidade da atenção a HAS demonstram atrasos na consulta de usuários, os mesmos tem exame pendentes também, mas oferecemos para todos as orientações sobre pratica de atividades física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Igual acontece com a DM, onde a avaliação da cobertura não está completa. Nossa estimativa é de 36 usuários e temos 10, (7% da estimativa todos com acompanhamento pela UBS).

Em relação aos indicadores de qualidade são feitos de maneira adequada na maior parte dos usuários com DM. Realizamos exame físico completo e temos as consultas ou pendências de visitas domiciliares. 100% tem estratificação de risco cardiovascular por critério clinico, orientações sobre pratica de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Depois de analisado este indicador podemos chegar conclusão de que existe uma baixa cobertura de Hipertensos e Diabéticos, e há necessidade de intervir nesta comunidade e melhorar atenção para ampliar estas coberturas. O foco de intervenção escolhido foi HAS e Diabetes.

Não podemos ficar na UBS esperando pelo usuário. Temos que participar mais nas atividades da comunidade para cumprir com 100% de nossa intervenção. Mas para isto contamos com ajuda de toda equipe da ESF. Resumindo, estamos conscientes de que temos que continuar a melhorar nosso trabalho diário na UBS e na comunidade e todos os profissionais da equipe são um fator chave no cumprimento dos objetivos e metas de nosso projeto de intervenção, além disso, se impõe trabalhar sempre em equipe.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de Hipertensos e Diabéticos na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas.

Objetivo 1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

Metas:

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

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

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

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas:

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

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

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

Metas:

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Realizará se uma intervenção, durante o período de três meses, na população de Lagoa do Camelo, São João da Praia, Porções, Patos e Retiro, pertencente à UBS Lagoa do Camelo, no município Luís Correia. Pretendemos cadastrar todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita e fazer consultas multiprofissional, com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS. Para realizar a intervenção utilizaremos o Caderno de Atenção Básica, nº 36 (BRASIL, 2013 a) e o Caderno de Atenção Básica, nº 37 (BRASIL, 2013 b).

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

O monitoramento do número de usuários cadastrados no programa será realizado em reuniões semanais com a enfermeira e a médica. A manutenção destes dados será garantida por meio das visitas domiciliares pelos agentes comunitárias e a atualização da ficha de cadastramento por qualquer profissional da equipe. A avaliação e monitoramento destes dados serão realizados com o uso da ficha espelho, individual e de acompanhamento, disponibilizada pelo curso, preenchimento da planilha de coleta de dados, também disponibilizada pelo curso e registro específico em prontuário clínico.

Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

O cadastramento dos pacientes diabéticos e hipertensos será realizado em visitas domiciliares, através de busca ativa dos agentes comunitários de saúde ou por livre demanda. Qualquer paciente diabético ou hipertenso poderá ser cadastrado e através do cadastro participar ativamente do grupo de saúde específico para suas comorbidades. O responsável por garantir esse material será a Secretaria Municipal de Saúde.

Engajamento público:

Ações:

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

- 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:

Através das visitas domiciliares e das consultas à comunidade será orientado sobre a importância do acompanhamento de diabéticos e hipertensos bem como da existência do grupo de saúde que acompanha os mesmos. A comunidade também deve receber informações sobre rastreio de diabetes, a importância da aferição da pressão arterial em adultos a fim de promover maior diagnóstico e início de tratamento correto destas doenças e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

As capacitações ocorreram na UBS no início da intervenção. Além de serem feitas capacitações menores nas reuniões semanais de equipe.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

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

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

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

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

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

O monitoramento será realizado através da ficha espelho e do prontuário individual de cada usuário, onde será avaliada o exame clínico correto, e exames laboratoriais, medicações que estão sendo utilizadas, bem como se estão utilizando medicamentos da farmácia básica.

Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento:

Definir em reunião o papel de cada membro da equipe no acolhimento e atenção ao usuário diabético e hipertenso. Conscientizar todos integrantes da equipe sobre o protocolo de atendimento a estes usuários, isto será protocolado e organizado nas reuniões semanais que acontecem entre toda a equipe. Exames complementares, laboratoriais, devem ser solicitados pelo médico para melhor acompanhamento. Estes exames devem ser realizados de maneira eficiente em conjunto com a secretaria municipal de saúde.

Avaliar medicações em uso através das fichas individuais espelhos de cada usuário, a fim de avaliar suas medicações e de maneira mais apropriada manter as medicações que são disponíveis na rede básica de saúde.

Engajamento público:

Ações:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

Durante as consultas, visitas domiciliares e através de panfletos toda comunidade deve ser orientada e instruída sobre estas doenças, bem como seus fatores de risco e como preveni-las. É importante também orientar sobre exames complementares de rotina em consultas médicas, a fim de rastrear as doenças.

Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

Em capacitação na UBS realizaremos um treinamento com os profissionais seguindo os manuais e diretrizes do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes.

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

Através da avaliação da ficha espelho, trimestralmente, o médico e a enfermeira irão monitorar a periodicidade da consulta.

Organização e gestão do serviço:

Ações:

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

Detalhamento:

Toda equipe principalmente os ACS devem fazer busca ativa domiciliar a estes usuários faltosos, a fim de orientá-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas/grupo de saúde.

Engajamento público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

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

Detalhamento:

Através das consultas e informes na UBS, todos os usuários e a comunidade devem ser informados da importância da participação nos grupos de saúde e na realização de consultas periódicas. A comunidade também deve ser ouvida a fim de melhorar a relação da equipe com os usuários e assim melhorar a participação de todos nos grupos de saúde.

Qualificação da prática clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

Toda equipe principalmente os ACS devem fazer busca ativa domiciliar a estes usuários faltosos a fim de orienta-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas/grupo de saúde. O treinamento dos ACS se dará pela equipe de enfermagem nas reuniões semanais onde serão esclarecidas dúvidas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

Através da ficha espelho, que todos os usuários possuem, verificaremos médico e enfermeira, o preenchimento e a qualidade das anotações, mensalmente.

Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Todos os usuários possuem uma ficha individual que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe de enfermagem a cada reunião do grupo de saúde. A ficha deve conter os dados como exames complementares, medicações em uso, realização de estratificação de risco. Toda equipe deve estar consciente das informações ali preenchidas. Estas fichas serão organizadas e separadas dos outros prontuários para acesso mais fácil e mais fácil organização. A equipe de enfermagem manterá estas fichas atualizadas e organizadas. O SIAB será atualizado ao fim da intervenção a fim de avaliar quais pacientes ainda não estão cadastrados e assim fazer seu cadastro correto.

Engajamento público:

Ações:

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

Detalhamento:

Toda comunidade deve ter acesso a sua ficha espelho bem como ao seu prontuário e estar de acordo e ciente de todas as informações ali contidas.

Qualificação da prática clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

Em capacitação na UBS treinaremos os profissionais de saúde para registro adequado.

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ações:

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

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

Detalhamento:

Avaliar clinicamente o número de diabéticos e hipertensos cadastrados com realização de estratificação de risco cardiovascular. A estratificação do risco cardiovascular será realizada por mim nas consultas em que todos os usuários passarão, através de seus exames laboratoriais poderemos avaliar este risco e preveni-lo.

Organização e gestão do serviço:

Ações:

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

Detalhamento:

Dar atenção especial aos usuários que receberam classificação de alto risco. Consultas pré-agendadas devem fazer parte deste grupo de usuários. Organizaremos as fichas espelhos dos pacientes de alto risco identificando sua condição.

Engajamento público:

Ações:

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

Detalhamento:

Através das consultas, visitas domiciliares e informes na UBS orientarão aos usuários e comunidade sobre importância de acompanhamento correto bem como

tratamento correto destas doenças. A população também deve ser orientada sobre fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, (em especial a avaliação dos pés para pacientes diabéticos)
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

A equipe deve ter conhecimento de avaliação de risco cardiovascular bem como identificar lesões em órgão alvo, sabendo registrar de forma correta e orientando os pacientes sobre a forma de prevenção de riscos modificáveis. As capacitações da equipe ocorrerão em reuniões semanais onde leremos juntos todos os manuais e diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo correto da doença. Assim também poderemos esclarecer nossas dúvidas durante a reunião.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento:

Avaliar na ficha espelho individual e prontuário do usuário sobre sua saúde bucal a fim de priorizar um melhor atendimento regular em saúde bucal. Toda equipe deve monitorar o paciente em relação à saúde bucal, orientações sobre atividades físicas e nutrição adequada bem como cessar o tabagismo. Toda equipe deve estar capacitada para este monitoramento. O monitoramento será realizado semanalmente pela equipe de enfermagem e pela médica.

Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.
- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono" ao tabagismo.

Detalhamento:

Manter adequado controle de agendamentos para consultas odontológicas em diabéticos e hipertensos. Todo usuário deve ser avaliado, sobre aspecto de saúde bucal. Todo usuário deve receber informação sobre forma de vida saudável para tanto palestras e debates sobre nutrição, tabagismo e pratica de exercícios físicos deve ser preconizada. Solicitar ao NASF profissionais para nos ajudar nas áreas como nutrição, pois não dispomos de nutricionistas na unidade de saúde. Medicações para ajuda a cessar o tabagismo serão solicitadas também a SMS para ajuda no combate ao cigarro.

Engajamento público:

Ações:

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

A equipe e comunidade devem trabalhar juntas para que toda a população seja esclarecida sobre uma forma de vida mais saudável bem como uma forma de prevenir maiores riscos de desenvolver doenças crônicas. Para tanto devem ser realizadas palestras e debates envolvendo pacientes e equipe para tirar suas dúvidas e dar mais esclarecimento sobre o assunto.

Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Toda a equipe deve estar capacitada a repassar informações sobre forma de vida saudável e bem como prevenir riscos cardiovasculares e desenvolvimento de doenças crônicas a toda a população. Entre estes aspectos podemos citar a saúde bucal, alimentação adequada, prática de exercícios físicos e sobre cessar o tabagismo. A capacitação será feita da mesma maneira que nos outros eixos, durante a reunião semanal onde esclareceremos dúvidas e trocaremos informações sobre o assunto.

2.3.2 Indicadores

Objetivo1: Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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 em dia.

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

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

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

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

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

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos de 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.

Objetivo3: 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 realizar a intervenção no programa de Saúde dos usuários com HAS e DM vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37 (BRASIL, 2013 a e BRASIL, 2013 b) Utilizaremos os prontuários, cartão do diabético ou hipertenso e a ficha espelho. A ficha prevê a coleta de informação e dados relativos aos usuários. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar.

Estimamos alcançar com a intervenção 100% dos usuários com HAS ou DM. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de fichas espelho necessária, requerimentos materiais para a verificação de PA, realização de exame de glicose. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas os usuários que vieram a consulta para controle nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso e exames em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize estas referências na atenção deles. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário utilizado para reunião da equipe.

O Cadastro da população com estas doenças da área adstrita será realizado pelo médico e enfermeira na consulta e em visita domiciliar, com ajuda dos ACS os quais realizarão busca ativa dos faltosos a consulta. Realizar-se-á capacitação da toda a equipe sobre a periodicidade do seguimento dos usuários. O acolhimento dos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com atraso em consulta serão atendidos no mesmo turno. Diabéticos ou Hipertensos com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Os que vierem à consulta de controle sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher demanda de intercorrências agudas dos usuários com estas doenças não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas seis consultas diárias sem afetar o atendimento programado. Faremos contato com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto

esclarecendo a importância da realização de consulta, verificação da pressão arterial e glicemia.

Solicitaremos apoio da comunidade para Informar sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde. Orientaremos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho identificando aqueles que estão com consultas em atraso. O ACS fará busca ativa de todos os que estão em atraso. Ao fazer a busca já agendará para consulta. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

A consulta será realizada pelo médico e enfermeira na UBS, para isso toda a equipe fará busca ativa dos que não tiverem comparecido no serviço. Iremos a capacitar a equipe para adoção dos protocolos referentes à saúde dos usuários com estas doenças propostos pelo Ministério da Saúde e realizar treinamento com a equipe da UBS com informações que serão úteis às mães e à comunidade. Esta capacitação se realizará no âmbito da UBS, no dia programado para reunião da equipe.

Será garantido pelos gestores do município o material adequado para realização da verificação de glicemia na UBS, verificação da PA, além da versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Realizar-se-á treinamento das técnicas para a tomada correta da PA, glicemia, além do preenchimento e interpretação dos valores do mesmo. O treinamento se realizará pelo médico na própria UBS com uma duração de 2 horas ao final do expediente.

A médica e enfermeira irão realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com diabetes ou hipertensão, mas neste ponto temos uma grande dificuldade por não contar com equipe de saúde bucal, por isso queremos ajuda do gestor municipal para a parceria do CEO para assessoramento em relação com a saúde bucal.

Para manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde dos usuários que consultam no serviço, a médica e enfermeira serão os responsáveis do

preenchimento do SIAB/folha de acompanhamento, ficha espelho, cartão do usuário com diabetes ou hipertensão no momento da consulta ou visita domiciliar.

A estratificação do risco cardiovascular será realizada pela médica e enfermeira. As consultas serão agendadas segundo protocolo e na ficha de acompanhamento serão identificados os riscos. Vamos capacitar os profissionais e familiares na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade mediante atividades educativas realizadas na UBS, escolas e Igrejas.

As atividades de promoção e prevenção em saúde com a participação da família, a comunidade e toda a equipe, além das orientações individuais em cada consulta ou visita domiciliar, serão realizadas pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. Estas atividades serão desenvolvidas no âmbito da UBS, escolas e igrejas, abordando temas como: alimentação saudável, os riscos do tabagismo, prática regular de atividade física e higiene bucal dos hipertensos ou diabéticos, com uma duração de 30 minutos cada uma, em diferentes encontros. Médica e enfermeira serão responsáveis pelo registro destas atividades em prontuários, ficha de acompanhamento/espelho e livro de registro de atividades educativas. Vamos realizar contato com os gestores para garantir os materiais necessários para desenvolver estas atividades.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitoramento semanal da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitoramento dos registros de hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Capacitação dos profissionais da UBS sobre o protocolo de HAS e DM	X															
Definir atribuições de cada membro da equipe	X															
Busca ativa de faltosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Informar a comunidade sobre a intervenção	X			X			X			X						
Ações de educação em saúde aos hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Organizar práticas coletivas de promoção da saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Atendimento clínico individual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A maioria das ações foi realizada, pois monitoramos a intervenção, melhoramos o acolhimento e conseguimos garantir o registro de um bom número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS. Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM. Capacitamos os ACS para exercer suas funções seguindo o protocolo. Capacitamos a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e posteriormente orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com hipertensão e diabetes e organizamos consultas em lugares mais perto dos usuários como escolas e igrejas, no período da tarde, além das visitas domiciliares para buscar os faltosos e agendamos um dia de segunda a quinta feira para acolher os hipertensos ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares sem afetar outros serviços da UBS. Além disto, realizamos palestras e trocas de conversas com os usuários para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos, além de conseguir esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Implantamos e atualizamos a ficha de acompanhamento, com definição dos responsáveis pelo monitoramento dos registros. Organizamos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença com ajuda de toda a equipe.

Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parceria com outras instituições para envolver educadores físicos nestas atividades, junto com o NASF e contando com a participação dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade em geral.

Todas essas ações foram desenvolvidas graças às facilidades que tivemos já que contamos com ajuda dos gestores de saúde. Por exemplo, nas impressões das fichas espelho, a facilidade com o transporte. Também tivemos ajuda dos dirigentes das comunidades para assim levar o projeto as escolas e Igrejas, além da nossa equipe que trabalhou com muito esforço nas capacitações, palestras e reuniões.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma das dificuldades foi não dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Só contamos com a versão digital e os cadernos da atenção básica. Temos garantido a solicitação dos exames complementares com agilidade, em média 15 dias. Devo mencionar que durante os últimos 6 meses temos sérias dificuldades com os medicamentos para hipertensão e diabéticos na UBS. Ainda não temos disponibilidades dos mesmos e os usuários e a comunidade é orientada a ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia como possível alternativa para obter este acesso.

Os hipertensos ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, foram encaminhados para outra UBS, com autorização da secretaria da saúde, já

que em nossa UBS não contamos com equipe de saúde bucal. Felizmente a equipe da saúde bucal começou a trabalhar em nossa UBS quando finalizou a intervenção. Como continuaremos o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, os mesmos serão monitorados e avaliados.

Todas as ações foram realizadas de forma total ou parcial.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não apresentamos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Ocorrerá a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, mesmo com a finalização do curso. As mesmas serão adequadas ou melhoradas com ajuda de toda a equipe de saúde.

A equipe continuará com sua reunião com frequência semanal para conversar sobre continuidade da mesma e a importância de continuar nosso trabalho com a grande ajuda dos ACS, orientando-os a continuar com a busca do maior número de para serem avaliados e manter o contato com eles para seu retorno e poder avaliar seus exames.

Sobre envolvimento da equipe e outras ações programáticas, estamos conseguindo cumprir o cronograma e a equipe está envolvida no projeto, ampliando o número de atendimentos. Continuaremos com o cronograma da mesma sem afetar outros serviços e as metas serão cumpridas plenamente.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada na UBS Lagoa do Camelo, no município de Luís Correia/PI, entre os meses de abril e junho de 2015. A intervenção foi voltada para a qualificação da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Residem na área de abrangência, aproximadamente, 146 hipertensos e 36 diabéticos, conforme estimativa da Planilha de coleta de dados.

Objetivo1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. No primeiro mês cadastramos 67 usuários (45.9%). No segundo mês conseguimos cobertura de 77 usuários (52.7%). Já no terceiro mês a cobertura chegou a 87 usuários hipertensos (59.6%). Não cumprimos a meta de 100%, mas como será incorporada à rotina de trabalho da UBS seguiremos aumentado e garantido a cobertura proposta com ajuda da equipe de saúde.

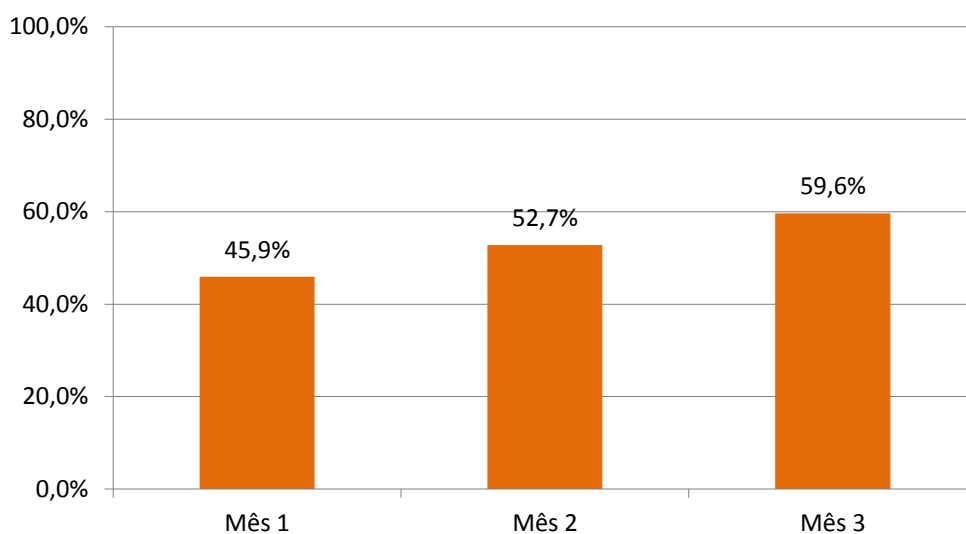


Figura 2 Proporção de hipertensos cadastrados na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.

Fonte: planilha de coleta dados, 2015.

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 aos diabéticos na unidade de saúde.

A evolução da intervenção na cobertura de atenção aos usuários com diabetes ocorreu de forma favorável com a participação de toda a equipe de saúde. Conseguimos cadastrar 25 diabéticos. No primeiro mês foram 16 usuários (44.4%), no segundo mês conseguimos cobertura de 17 usuários (47.2%), já no terceiro mês a cobertura foi de 25 usuários (69.4%).

Estes indicadores não foram cumpridos, já que temos usuários que ainda não estão sensibilizados com os riscos desta doença. Além disto, outros estão sendo acompanhados no serviço privado e não procuram atendimento na UBS. Mas temos proposto realizar visita domiciliar e conversar com eles.

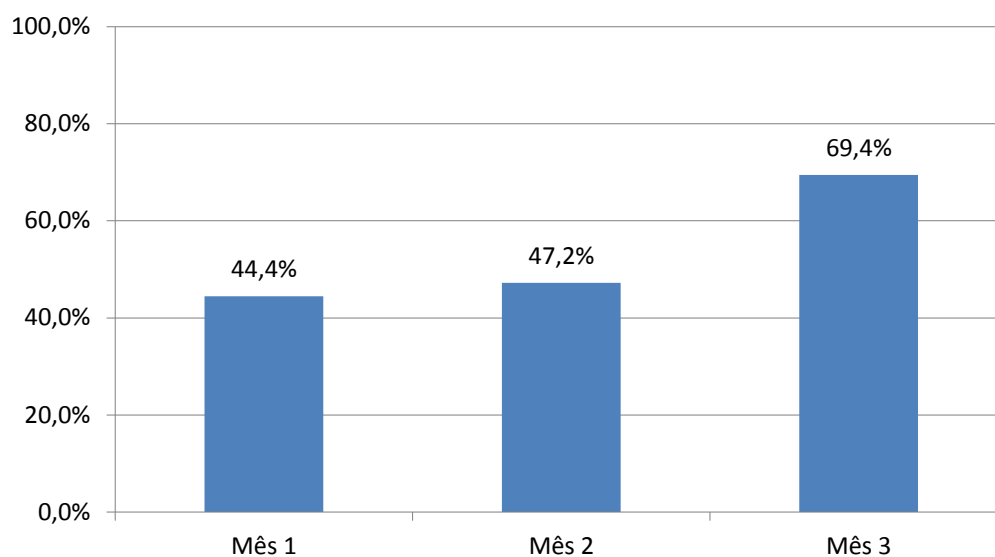


Figura 3 Proporção de diabéticos cadastrados na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.
Fonte: planilha de coleta dados, 2015.

Ao comparar a população estimada na análise situacional e na análise estratégica, percebe-se que existe uma diferença em relação ao denominador desta intervenção nos resultados alcançados. Ocorre que quando iniciei o curso de especialização, atuava em outra UBS, e fui lotada posteriormente na UBS Lagoa do Camelo. Quando comecei a trabalhar na UBS Lagoa do Camelo, esta unidade estava fechada por cinco meses por falta de médico e enfermeira. Não havia ninguém para me dar as informações da comunidade, então eu fui para secretaria de saúde, onde obtive os dados com o qual fiz análise situacional.

Portanto, tínhamos a informação de 1.536 pessoas residentes, 60 hipertensos e 10 diabéticos cadastrados. Com equipe de saúde fizemos uma pesquisa de toda a população, foram visitadas as 5 micro áreas de nossa comunidade com toda a população e temos uma população atualizada, hoje com 985 pessoas nas 5 micro áreas. Portanto, foi utilizada esta população para construir os dados da UBS, resultando em uma estimativa de 146 hipertensos e 36 diabéticos. Consideramos ser esta estimativa a nossa realidade.

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.

Em relação à proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, foi muito importante à participação e trabalho da equipe em geral, especialmente da médica e da enfermeira com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS. Durante o primeiro mês o número de usuários avaliados com exame clínico em dia foi de 67 (100%), no segundo mês, 77 usuários (100%) e o terceiro mês terminou com um total de 87 usuários, que representou 100% dos usuários avaliados com o exame clínico em dia. Este indicador foi cumprido integralmente.

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.

Com relação à proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, durante o primeiro mês, 16 usuários estavam com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo (100%). No segundo mês conseguimos 17 usuários com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo (100%), e no terceiro mês 25 usuários (100%). Este indicador foi cumprido, foi muito importante à participação e o trabalho da equipe em geral, destacando a médica e a enfermeira com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS.

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.

Durante o primeiro mês o número de usuário foi de 67 usuários avaliados, e 30 com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (44.8%). No segundo mês, 77 usuários cadastrados e 38 com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (49.4%), e o terceiro mês terminou com um total de 87 usuários cadastrados e 85 com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo o que representou 98.8% dos usuários avaliados. Conseguimos identificar os hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, e para cumprir este indicador foi importante à ajuda do município para a realização dos exames através do SUS, parceria da secretaria da saúde, gestores

municipais e equipe em geral. Além disso, apresentamos dificuldades com a realização dos exames, como por exemplo, a demora na marcação de exames.

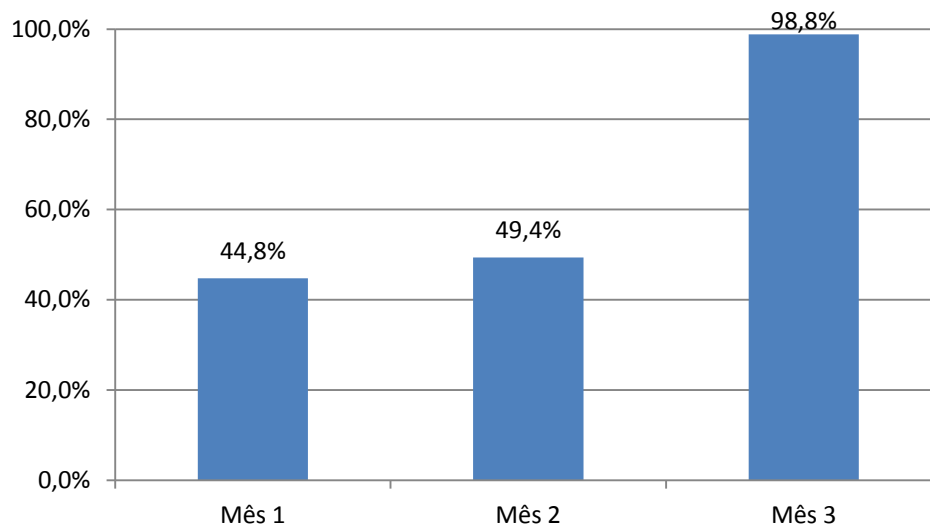


Figura 4 Proporção de hipertensos com exames complementários em dia de acordo com o protocolo, na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.
Fonte: planilha de coleta dados, 2015.

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.

Com relação à proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, durante o primeiro mês, de 16 usuários cadastrados, 12 estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (75.0%), no segundo mês conseguimos de 17 usuários, 12 com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (70.6%) e no terceiro mês, dos 25 usuários, 25 estavam com os exames complementares em dia (100%). Conseguimos identificar os diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, e para cumprir este indicador foi importante à ajuda do gestor do município para a realização dos exames através do SUS, parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral, além disso, apresentamos dificuldades com a realização dos exames. Por exemplo, existe demora na marcação de exames.

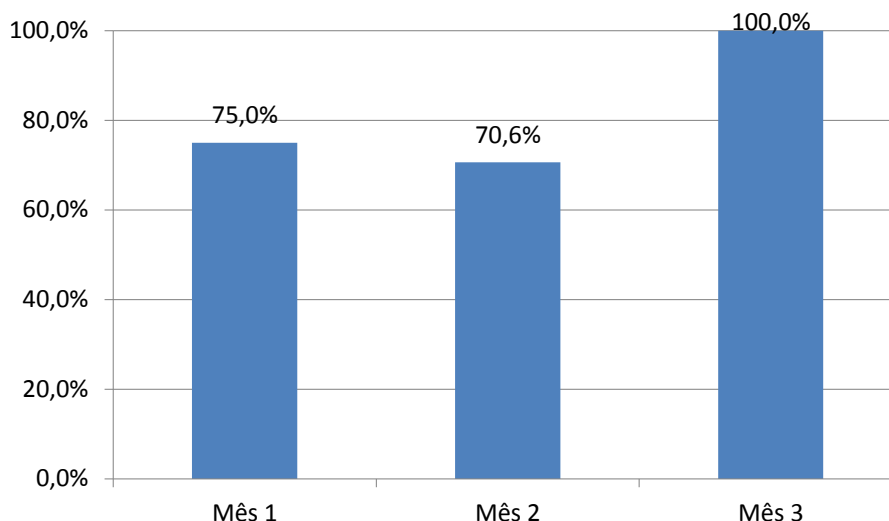


Figura 5 Proporção de diabéticos com exames complementários em dia de acordo com o protocolo, na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.

Fonte: planilha de coleta dados, 2015.

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. Cadastrados na unidade de saúde.

Durante o primeiro mês havia 67 hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, o que representou 100%. No segundo mês eram 77 hipertensos (100%), e no terceiro mês, 87 hipertensos, alcançando 100% de cobertura. Acho isso muito importante, já que diminuem os riscos de abandono do tratamento por falta de dinheiro. Importante contar no município com as farmácias populares, que ajudam aos usuários com a compra de medicamento a baixo custo ou de graça, e os usuários podem acessar de forma muito econômica e adquirir seus medicamentos a baixo custo, diminuindo os riscos de abandono, já que na UBS durante os primeiros meses do ano 2015 temos pouca disponibilidade 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.

Durante o primeiro mês tivemos 16 usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, representando 100%. No segundo mês, 17 diabéticos, (100%), e no terceiro mês apresentamos 25 diabéticos representando 100%.

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.

Na UBS não temos equipe de odontologia, e por isto capacitamos toda o equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal dos usuários. Realizamos parceria com uma equipe de saúde bucal de outra UBS, os quais ofereceram ajuda com os usuários da intervenção. Isso foi muito importante para ajudar na avaliação da saúde bucal dos mesmos. No primeiro mês 67 usuários foram avaliados (100%), no segundo mês, 76 (98.7%) e no terceiro mês, de 87 usuários, 83 estavam com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (95.3%). Não cumprimos a meta de 100%, porque não há equipe de saúde bucal em nossa unidade. Muitos usuários são pessoas Idosas com dificuldade para se deslocar para outra localidade distante.

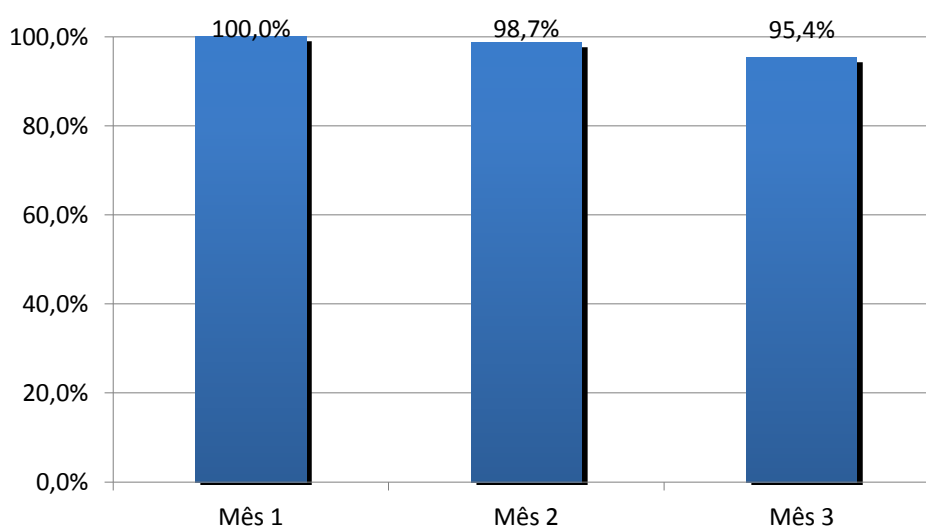


Figura 6 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.
Fonte: planilha de coleta dados, 2015.

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.

No primeiro mês de 16 usuários diabéticos foram avaliados (100%), no segundo mês 17 usuários (100%) e no terceiro 25 diabéticos (100%). No UBS não temos a equipe de odontologia, e capacitamos toda a equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal. Realizamos parceria com uma equipe de saúde bucal de outra UBS, os quais ofereceram ajuda com os diabéticos da intervenção. Isso foi muito importante para ajudar na avaliação da saúde bucal dos mesmos.

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.

Com relação à proporção de hipertensos faltosos com busca ativa durante o primeiro mês, de 67 usuários, 9 faltosos compareceram a consulta com busca ativa (100%), no segundo mês de 77 usuários 11 compareceram à consulta com busca ativa (100%) e no terceiro mês conseguimos avaliar um total de 12 faltosos com busca ativa (100%). O monitoramento dos dados se realizou semanalmente sendo discutidos com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais, isso ajudou a ter 100% de busca ativa dos usuários faltosos, além do trabalho na equipe. Acho um importante resultado já que demonstra o trabalho da equipe e continuamos na busca dos demais usuários faltosos com ajuda dos ACS, elementos chave para identificar faltosos e encaminhar para UBS.

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.

Com relação à proporção de diabéticos faltosos com busca ativa durante o primeiro mês tivemos 5 usuários faltosos com busca ativa (100%), no segundo mês

fora 3, todos com busca ativa (100%) e no terceiro mês 7 usuários faltosos com busca ativa atingindo 100% nos 3 meses de intervenção.

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.

Durante o primeiro mês, de 67 hipertensos acompanhados, 58 estavam com registro adequado (86.6%), no segundo mês, de 77 hipertensos acompanhados, 66 estavam com registro adequado (85.7%) e no terceiro mês, de 87 hipertensos, 75 estavam com registro adequado (87.2%). As fichas foram disponibilizadas pela atendente nos arquivos e trabalhadas pela enfermeira e a médica. Não cumprimos a meta de 100% já que esta UBS permaneceu por cinco meses fechados com carência de assistência médica, permanecendo só na comunidade com o acompanhamento de ACS. O atendimento iniciou em março com a médica e a enfermeira. Iniciamos o projeto de intervenção no período de abril a junho de 2015. Existiam muitos usuários faltosos a consulta e outros que estavam em atendimento em consultórios particulares.

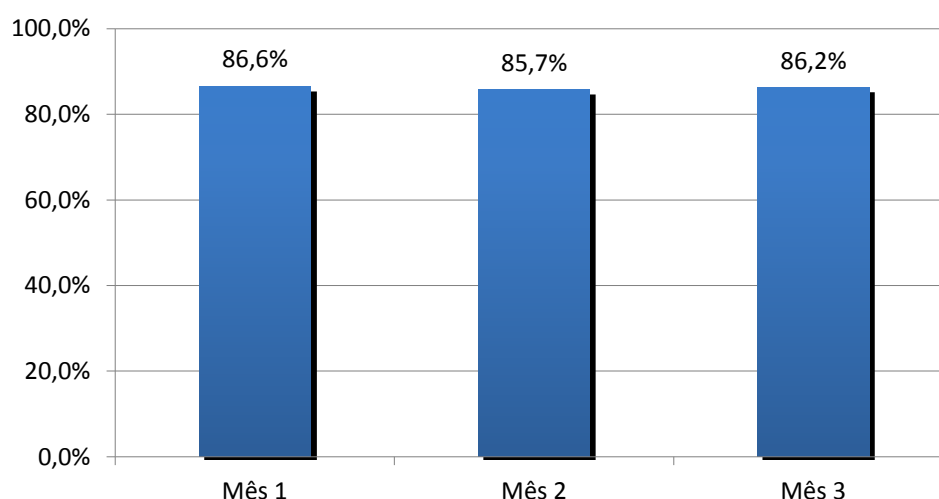


Figura 7 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.

Fonte: planilha de coleta dados, 2015.

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.

A proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, durante o primeiro mês, de 16 diabéticos acompanhados, 11 estava com registro adequado (68.8%), no segundo mês foram 14 de 17 diabéticos acompanhados (82.4%), e no terceiro mês, de 25 diabéticos acompanhados, estavam com registro adequado 18 usuários (75.0%).

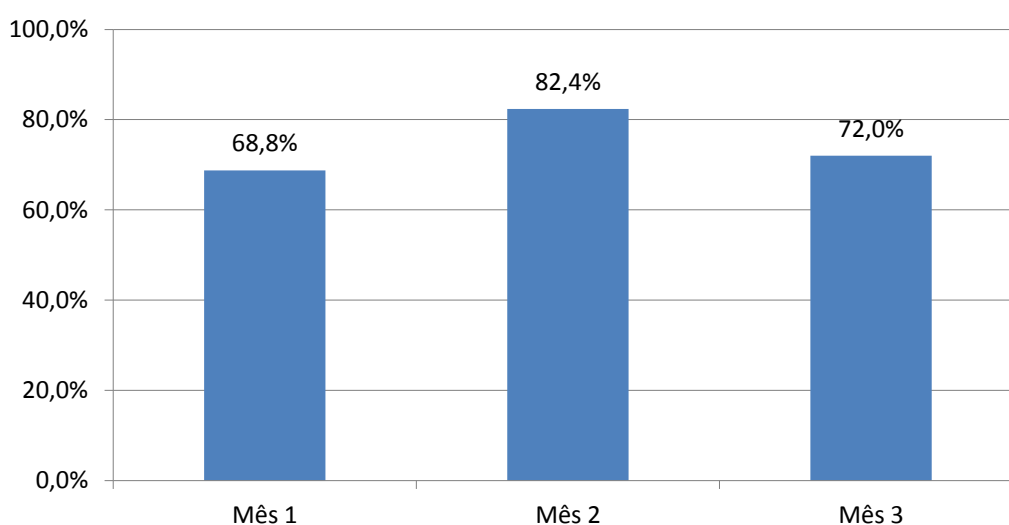


Figura 8 Proporção de diabético com registro adequado na ficha de acompanhamento, na Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.
Fonte: planilha de coleta dados, 2015.

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 Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular foi ótimo, pois durante o primeiro mês, de 67 hipertensos acompanhados, realizou-se estratificação de risco aos 67 (100%), no segundo, 77 (100%) e no terceiro mês de 87 hipertensos, em 87 foi realizada a estratificação de risco cardiovascular (100%). Importante para conseguir a meta foi à participação dos usuários e das comunidades

em geral, e para a realização do exame clínico e complementar, a ajuda do município com a realização dos exames pelo SUS e o trabalho da equipe em geral na busca e avaliação dos usuários.

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.

A proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular foi ótimo, pois durante o primeiro mês, de 16 diabéticos, realizou-se estratificação de risco aos 16, representando 100%. No segundo mês, de 17 de diabéticos, 17(100%) e no terceiro mês de 25 diabéticos, 25 em realizou-se estratificação de risco (100%). Muito importante para conseguir a meta foi o papel da médica e da enfermeira com sua assistência diária para estratificação do risco, conseguindo a participação dos usuários e comunidades em geral, para a realização do exame clínico e complementar, ajuda do município com a realização dos exames pelo SUS e o trabalho da equipe em geral na busca e avaliação dos usuários.

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.

Em relação à proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês orientamos aos 67 (100%), no segundo mês aos 77(100%) e no terceiro mês orientamos aos 87 (100%). Para alcançar esta meta, tivemos um ótimo apoio pela secretaria da saúde, a equipe de saúde oferecendo palestras com diferentes temas da orientação sobre alimentação saudável.

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.

Em relação com a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês de 16 diabéticos, orientamos aos 16 (100%), no segundo mês orientamos aos 17 (100%), e no terceiro mês, 25 (100%). Tivemos um ótimo apoio pela secretaria da saúde, a equipe de saúde oferecendo palestras com diferentes temas da orientação sobre alimentação saudável.

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

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

No primeiro mês orientamos 67 hipertensos (100%), no segundo mês 77 (100%) e no terceiro mês 87 hipertensos (100%), e da mesma forma, tivemos um ótimo apoio pela e equipe de saúde da UBS, com a participação ativa na UBS, oferecendo palestras com diferentes temas da orientação sobre a prática de atividade física.

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.

No primeiro mês orientamos 16 diabéticos (100%), no segundo mês 17 diabéticos (100%), e no terceiro mês, 25 diabéticos (100%).

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.

No primeiro mês conseguimos orientar 67 hipertensos (100%), no segundo mês, 77 hipertensos (100%) e no terceiro mês 87 hipertensos (100%). Foi ótima a ajuda e recepção de toda comunidade e usuários em geral para receber as

orientações sobre os riscos do tabagismo feito pela medica e enfermeira com ajuda de toda a equipe.

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.

No primeiro mês orientamos sobre os riscos do tabagismo a 16 diabéticos (100%), no segundo mês, 17 diabéticos (100%) e no terceiro mês 25 diabéticos (100%). Foi ótima a ajuda e recepção de toda comunidade e usuários em geral para receber as orientações sobre os riscos do tabagismo feito pela medica e enfermeira com ajuda de toda a equipe.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês orientamos aos 67 hipertensos (100%), no segundo mês orientamos aos 77 (100%), e no terceiro mês orientamos aos 87 hipertensos (100%). Não contamos com ajuda da equipe de saúde bucal, mas os demais integrantes da equipe ajudaram muito na promoção da boa higiene bucal e nas consultas todos receberam orientações adequadas. Contamos com a ajuda e recepção de toda comunidade para receber as orientações.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês orientamos aos 16 diabéticos (100%), no segundo mês orientamos aos 17 (100%), e no terceiro mês orientamos aos 87 diabéticos (100%).

4.2 Discussão

Após a intervenção, em minha UBS, a equipe ficou muito feliz com os resultados alcançados, assim como a comunidade. Muitas ações foram cumpridas e o cronograma foi seguido em quase sua totalidade. Conseguimos trabalhar com mais união, dedicação, integralidade e preocupação pelos usuários com hipertensão, diabetes e comunidade em geral. Também propiciou uma melhora dos registros, controle nas consultas, adequado exame clínico, laboratorial, estratificação de risco, além de ampliar as medidas de prevenção e promoção em saúde. Exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à Saúde dos usuários com Hipertensão ou Diabetes, abordando rastreamento, monitoramento, estratificação de risco, características destas doenças, exame clínico, preenchimento dos dados, orientações na prevenção e promoção da saúde aos usuários e comunidade entre outras ações.

A importância que tem para nossa equipe foi que conseguimos melhorar os serviços aos usuários com hipertensão ou diabetes de forma geral sem afetar outros serviços da UBS, que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Foi ampliada a avaliação dos usuários, a qualidade das consultas e aumentados os níveis dos indicadores que estavam baixos em relação aos anos anteriores. Também todas as ações para melhorar a saúde dos usuários foram incorporadas a rotina de trabalho de nossa UBS.

A intervenção também favoreceu o trabalho integrado da médica, enfermeira, técnica de enfermagem, recepcionista e ACS, e esta foi a peça chave na realização do projeto. No nível de UBS, as consultas foram aumentadas e qualificadas. Tivemos a realização de atividades educativas individuais, nas consultas e atividades coletivas na recepção e sala de reuniões com a participação de toda a equipe, usuários e comunidade em geral. Agora toda equipe se vê envolvida no projeto, já que participaram na realização e execução das mesmas. O melhor de tudo foi que conseguimos mudar nossa estratégia de trabalho incorporando agora todas essas ações na rotina diária de nosso trabalho na UBS.

A População de nossa área de abrangência gostou muito do projeto. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento.

Conseguimos cadastrar, avaliar e orientar de forma correta a um maior número de usuários e familiares. Conseguimos restabelecer a parceria com os líderes da comunidade. Ficamos mais perto da comunidade levando as consultas fora da UBS, o que também o favoreceu para poder avaliar mais pessoas e com isto desenvolver melhor a intervenção.

Acabou tendo impacto favorável na comunidade a realização de palestras em diferentes pontos da comunidade, onde a população participou de forma ativa, além dos usuários com hipertensão ou diabetes. Nas visitas domiciliares foi muito interessante, conseguimos interagir com eles e seus familiares nos cuidados dos mesmos, dúvidas sobre suas doenças e como melhorar a saúde em casa.

Para o bem da comunidade e para melhorar nosso trabalho, a intervenção foi incorporada a rotina do serviço. Para isso ampliaremos o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção da saúde dos usuários com Hipertensão ou Diabetes.

Neste momento o que faria diferente, seria ter incorporadas todas as ações que realizamos na intervenção como rotina do trabalho desde o primeiro momento para conseguir melhor controle e avaliação de nosso trabalho e saúde dos usuários e comunidade em geral. Nossos próximos passos são tomar este projeto como exemplo e implementar outros programas na UBS, para cumprir com os princípios do SUS: integralidade, universalidade e acessibilidade além dos atributos e funções da Atenção Primária à Saúde (APS).

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores:

Inicialmente agradeço o apoio e a estrutura oferecida para a realização da intervenção realizada na UBS Lagoa do Camelo, no município de Luís Correia/PI, que se dedicou a aprimorar a atenção e qualificação da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência. São aproximadamente 146 hipertensos e 36 diabéticos, conforme estimativa da Planilha de coleta de dados. Foi de suma importância o apoio da gestão na capacitação realizada no início da intervenção e fornecendo materiais necessários como aparelho de glicemia, balança, aparelho para verificação da PA, nas impressões das fichas espelho, a facilidade com o transporte, para assim conseguir uma maior cobertura dos usuários com hipertensão, diabetes e comunidade em geral no programa.

Assim, pudemos aprofundar nosso conhecimento tendo como referência o caderno de atenção à saúde: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensões arteriais sistêmicas (Cadernos de Atenção Básica, n. 37), elaborados pelo Ministério da Saúde. Para esta intervenção estabelecemos e pactuamos os objetivos, metas e o papel de cada profissional na intervenção.

A intervenção inicialmente buscou ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão ou diabetes inscritos no programa. A maioria das ações foi realizada. Monitoramos a intervenção, melhoramos o acolhimento e conseguimos garantir o registro de um bom número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa

de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. A cobertura chegou a 87 usuários hipertensos (59,6%) e dos diabéticos a cobertura foi de 69,4% com um total de 25 diabéticos.

Terminamos com um total de 87 usuários hipertensos com exame clínico em dia o que representou um 100% dos cadastrados e os diabéticos terminaram com um total de 25 usuários com exame clínico em dia (100%). Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi muito importante à participação e trabalho da equipe em geral, principalmente da médica e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS realizando visitas domiciliares.

A indicação de diferentes exames complementares para avaliação adequada dos usuários ocorreu em 85 hipertensos, o que representou 98,8% e em 25 usuários diabéticos, o que representou (100%).

O principal é que conseguimos indicar os exames aos usuários em consultas ou visitas domiciliares e identificar usuários com exames em atraso. Importante para ajudar a cumprir este indicador foram às facilidades do município para a realização dos exames através do SUS, parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral. Organizamos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento.

A proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada teve um total de 87 usuários com hipertensão com prescrição da Farmácia Popular (100%) e um total de 25 usuários diabéticos (100%). Acho isso muito importante, já que diminuem os riscos de abandono do tratamento por falta de dinheiro. Importante contar no município com as farmácias populares, que ajudam aos usuários com a compra de medicamento a baixo custo ou de graça, e os usuários podem acessar de forma muito econômica e adquirir seus medicamentos a baixo custo, diminuindo os riscos de abandono, já que na UBS durante os primeiros meses do ano 2015 temos pouca disponibilidade de medicamentos.

Capacitamos toda a equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal dos usuários. Realizamos parceria com uma equipe de outra UBS, os quais ofereceram ajuda com os usuários da intervenção. Isso foi muito importante para

ajudar na avaliação da saúde bucal dos mesmos. Tivemos 83 usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (95,3%) e 25 usuários diabéticos (100%). Não cumprimos a meta de 100%, porque muitos usuários são pessoas Idosas com dificuldade para se deslocar para outra localidade distante.

Organizamos práticas individuais a cada usuário em consulta e coletivas na comunidade e UBS sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parcerias institucionais, envolvendo educadores físicos e NASF.



Figura 9. Atividades de Promoção à Saúde: alimentação saudável na UBS Lagoa do Camelo, Luís Correia/PI.

Para finalizar, queria ressaltar que foi muito importante o apoio dos gestores envolvidos nesta intervenção, já que é de conhecimento de todos que se conseguirmos agir preventivamente conseguiremos resultados ótimos, trazendo benefícios para a população, além de reduzir os recursos investidos em tratamentos curativos que são muito mais caros que os tratamentos preventivos e com isto melhorar a qualidade de vida dos usuários com hipertensão ou diabetes.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À comunidade Lagoa do Camelo:

Este trabalho foi desenvolvido entre os meses de abril a junho de 2015. A intervenção foi proposta pelo curso de especialização em Estratégia de Saúde da Família da UFPel, na modalidade à distância. Nossa meta proposta foi cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Pretendíamos cadastrar 146 hipertensos e 36 diabéticos, ou seja, todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita e fazer consultas multiprofissionais, com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS.

Nós reunimos toda a equipe de saúde, estudamos e nos preparamos para melhorar o atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Estabelecemos metas para alcançarmos e definimos ações para alcançá-las. Esta intervenção estava planejada para ocorrer em quatro meses, mas foi diminuída para três meses, mas ela vai continuar ocorrendo na rotina da UBS.

A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. A cobertura chegou a 87 usuários hipertensos (59.6%) e dos diabéticos a cobertura foi de 69.4% com um total de 25 diabéticos. Também informamos a comunidade sobre a existência deste na unidade de saúde.

Capacitamos os ACS para exercerem suas funções seguindo as orientações do Ministério da Saúde. Capacitamos também a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico, orientamos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, monitoramos o cumprimento das consultas em dia

e organizamos as consultas em lugares mais perto da comunidade como, por exemplo, nas escolas e igrejas. No período da tarde, além das visitas domiciliares para buscar os faltosos e agendamos consultas de segunda a quinta feira para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares sem afetar outros serviços da UBS. Continuamos na busca dos faltosos com ajuda dos ACS, elemento chave para identificar faltosos e encaminhar para UBS.

Nós fizemos palestras e conversas com os usuários, organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parceria com educadores físicos e NASF.

Temos que mencionar que agora temos o registro de todos os atendimentos em uma ficha para cada pessoa e conseguimos ter um controle de como está à condição de cada uma. Nosso objetivo proposto é ajudar ainda mais a comunidade nas questões educativas como realizar palestras em diferentes temas da saúde, não só dos hipertensos ou diabéticos, outros problemas também podem afetar a nossa comunidade e precisa de nossa ajuda permanente. Conseguimos restabelecer a parceria com os líderes da comunidade.

Para finalizar agradeço o apoio da comunidade para o desenvolvimento de nosso trabalho para a melhora da saúde dos usuários com hipertensão ou diabetes. Para o bem da comunidade e para melhorar nosso trabalho a intervenção foi incorporada a rotina do serviço. Para isso ampliaremos o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção da Saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando eu comecei o meu projeto de estudo fiquei feliz e com muita vontade de fazer o curso já que nunca antes tinha feito um curso a distância. Também achei um pouco difícil por causa da língua que foi um grande desafio para mim, que tenho superado durante no transcurso do curso. Também foi necessário para o desenvolvimento deste, estudar os protocolos de atuação no Brasil e compreender o Projeto Pedagógico. Agradeço o apoio de minha orientadora, apoio pedagógico, coordenação e diferentes profissionais que trabalharam durante todo o curso nas orientações, avaliação e revisão das diferentes tarefas.

Quando eu levei o projeto a UBS, fiquei muito feliz, porque o nosso trabalho em equipe melhorou. Trabalhar com a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, proporcionou atendimento de qualidade. Toda a equipe ajudou muito na realização e cumprimento das ações programadas.

Minha expectativa foi cumprida já que conseguimos cadastrar maior número de usuários com estas doenças e agora incorporamos todas essas ações na nossa rotina diária da UBS.

Com relação ao significado na prática profissional, considero muito bom já que tive a possibilidade de adquirir conhecimentos acerca da ESF, com muitas coisas novas para mim.

Eu acho que no curso, o mais interessante foi o planejamento de ações em saúde e a organização do processo de trabalho com a equipe.

O planejamento de ações nos permitiu trabalhar com questões-chave da comunidade, através de dados obtidos na análise da situação do UBS.

Conseguimos, assim, resolver estes problemas e tentar fornecer soluções através do trabalho de prevenção interferindo desta forma no processo saúde-doença da comunidade e na organização do trabalho em equipe, a fim de atender às demandas dos usuário.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A.). Normas e Manuais Técnicos

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 36- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, diabetes mellitus. Brasília – DF 2013 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, HAS. Brasília – DF 2013 b.

NOM-030-SSA2-1999. NORMA Oficial Mexicana Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Disponível em <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>. Data de acesso:

KEARNEY, PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J; (2005) Global burden of hypertension: analysis of worldwide data'. Lancet, 365 (9455): 217-223.

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