

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade de Saúde da Família Jóia, Jóia /RS**

Imaray Leonor Gómez Caimary

Pelotas, 2015

Imaray Leonor Gómez Caimary

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade de Saúde da Família Jóia, Jóia/RS**

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

Orientador: Suame Cristine Melo Freitas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C134m Caimary, Imaray Leonor Gómez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade de Saúde da Família Jóia, Jóia/RS / Imaray Leonor Gómez Caimary; Suame Cristine Melo Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 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. Freitas, Suame Cristine Melo, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus pais e irmão, pelo apoio incondicional a minha pessoa que apesar de estar longe estão guiando sempre meus passos, constantemente para o triunfo.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a minha orientadora da UFPEL Suame Cristine Melo Freitas pelo apoio incondicional, por sua paciência e compreensão com minha língua, sem ela o caminho teria ficado mais difícil de transitar.

Também a toda minha equipe de saúde da UBS de Joia, enfermeiras, técnicas em enfermagem, agentes comunitários, recepcionistas, motoristas, odontólogos. Ao grupo de administração e a minha gestora Cleonice Poletto da Silva.

Resumo

CAIMARY, Imaray Leonor Gómez. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade de Saúde da Família Jóia, Jóia/RS.** 2015. 89 f. 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.

O Ministério da Saúde apresenta os eixos de atenção à saúde para orientar os profissionais da Estratégia Saúde da Família e para que desta forma estabeleçam o cuidado a grupos prioritários. Dentre estes, destacam-se a hipertensão arterial e o diabetes que além de ser um grave problema de saúde pública, são fatores de risco para diversas outras patologias. Este trabalho apresenta os resultados de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Jóia/RS. O objetivo foi a qualificação da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Antes de fazer nossa intervenção podemos encontrar diferentes dificuldades no trabalho deste programa, os cadastramento de os usuários com hipertensão e/ou diabetes era antigo é desatualizado, não existia uma organização na supervisão completa dos mesmos, não existiam agendamentos para estes usuários, tinham grupos de hipertensos e diabéticos mas não era funcional, então foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: a) monitoramento e avaliação; b) organização e gestão do serviço; c) engajamento público; d) qualificação da prática clínica. Os dados foram coletados a partir de uma ficha-espelho produzida para a intervenção e os indicadores digitados em uma planilha de coleta de dados. Participaram da intervenção 608 pessoas com hipertensão e 174 pessoas com diabetes. As ações foram desenvolvidas em três meses, no período de abril-junho de 2015. Quanto à estruturação do serviço para o atendimento destes usuários existe protocolo para a atenção do hipertenso e diabético e registro específico para este atendimento. A intervenção atingiu uma cobertura de 48% dos hipertensos e 55.6% dos diabéticos. Em relação aos exames clínicos, 82.1% dos hipertensos e 80.5% dos diabéticos tiveram seus exames em dia de acordo com o protocolo. Todos os usuários faltantes nas consultas receberam busca ativa, bem como o recebimento das orientações referentes à promoção da saúde. Esses dados refletiram significativamente na melhoria da qualidade do atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes na unidade de saúde em questão.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	57
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	58
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	59
Figura 4	Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	60
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	61
Figura 6	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	62
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	63
Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	64
Figura 9	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	66
Figura 10	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	67
Figura 11	Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	68
Figura 12	Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	69
Figura 13	Gráfico da proporção de hipertensos com o registro adequado na ficha de acompanhamento	70
Figura 14	Gráfico da proporção de diabéticos com o registro adequado na ficha de acompanhamento	71
Figura 15	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia	72
Figura 16	Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

RS- Rio Grande do Sul

APS- Atenção Primária à Saúde

ESF- Estratégia em Saúde da Família

DM - Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
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.....	21
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
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.....	45
2.3.4 Cronograma	49
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	55
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão.....	71
5 Relatório da intervenção para gestores	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências	80
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	81

Apresentação

O presente volume do trabalho trata da descrição de intervenção proposta pelo Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância Universidade Aberta do SUS - UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Está organizado em sete partes. A primeira parte está composta pelo Relatório da Análise Situacional; a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção; a terceira pelo Relatório da Intervenção; a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção, a quinta pelo relatório da intervenção para gestores, a sexta relatório da intervenção para a comunidade e a sétima pela Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma unidade de saúde “mista”, com reformas, chamada Unidade de Saúde da Família Joia, localizada em área urbana da cidade, possui atendimento médico em dois turnos, manhã e tarde até as 17hs (dezessete horas). Conta também com atendimento odontológico, psicológico e fisioterapêutico. Cobre uma ampla zona rural onde não existem outras UBS.

. Conta com quatro equipes ESF, sendo uma equipe com atendimento para a cidade e as outras com atendimentos nos interiores. Está estruturada com três salas de consultório, uma sala de recepção, uma sala de vacinas, um local para fazer prevenção de Câncer de colo de útero, uma sala de acolhimento, uma sala de recepção dos doentes ou sala de espera, onde só podem aguardar 30 pessoas e pela quantidade de equipes deveria ser para 60 pessoas. Temos ainda um consultório para o nutricionista, uma para o psicólogo, uma farmácia, uma sala de observação, local do pronto atendimento, uma sala de reunião, quatro salas pra administração, um almoxarifado. Só existe um consultório com sanitário, sendo que a sala para realização de exame preventivo para câncer de colo de útero e os outros consultórios não contam com sanitários. Temos também uma sala de nebulização, um escovódromo, uma área de compressor. Não tem sanitários para pessoas com deficiência e para todos os usuários só tem um; é um só banheiro para funcionários. Agora se encontram em construção três consultórios para satisfazer as demandas de nossa UBS. As características estruturais são adequadas, ela tem uma iluminação adequada os materiais de revestimento das paredes, tetos e pisos são laváveis e de superfície lisa. Agora o acesso das pessoas com redução de

mobilidade está limitado, pois não tem banheiros adaptados, existe ausência de corrimão em alguns corredores da UBS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Jóia é situado na região noroeste do Rio Grande do Sul e tem uma população de 8.331 habitantes, a principal atividade econômica é a soja, o milho e o trigo, sendo uma economia agropecuária.

Contamos com uma UBS localizada em área urbana com 4 ESF, o modelo de atenção é misto e do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF) vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a prefeitura do município. Temos 3 médicos, 1 nutricionista, 7 motoristas, 6 enfermeiras, 9 técnicas de enfermagem, 22 Agentes Comunitários de Saúde, 2 odontólogos, 2 auxiliares de odontologia, 2 psicólogas, 5 funcionários de limpeza, 1 fisioterapeuta.

Não se conta com hospitais ou outra UBS no município, não temos atendimento clínico de especialistas. Os usuários que precisam de atendimento especializado e as emergências são encaminhados para outro município, Ijuí, em nosso caso o hospital de referência se encontra a 40 min de distância. Temos 14 comunidades no interior com difícil acesso até à UBS pela falta do serviço de transporte público. A UBS funciona de segunda à sexta das 8:00 às 17:30 horas, também se realizam atendimentos e visitas domiciliares com horários intercalados. O NASF está estruturado, mas ainda não é funcional. Contamos com dois laboratórios clínicos para fazer exames. Não contamos com disponibilidade de CEO em nosso município, os usuários são encaminhados para Ijuí.

As principais doenças atendidas são infecções respiratórias altas e doenças músculo esqueléticas. Temos atendimentos de doenças crônicas sendo mais comuns a hipertensão arterial e diabetes mellitus que formam grupos e realizam-se reuniões todos os meses como parte das atividades de promoção de saúde. Fazemos atendimento pré-natal e os atendimentos a puérperas e puericultura. Como parte das atividades de atenção primária que incluem prevenção, promoção, diagnóstico e reabilitação; contamos com um grupo de programas e atividades que apoiam e melhoram a qualidade do trabalho. Nosso trabalho tem um apoio muito

importante pelo nutricionista e psicólogas. Realizam-se várias ações programáticas avaliando definição de utilização de protocolo.

Quanto à estrutura é uma UBS de nova construção, está bem estruturada inclusive tem uma sala onde se realizam palestras, cursos e reuniões. A UBS de Joia, em sua estrutura, possui recepção, um corredor, 3 consultórios médicos, consultório de psicologia, sala pra fazer exames preventivos, consultório de nutrição, sala de vacina, farmácia, sala de triagem, sala para procedimentos de enfermagem, sala de nebulização, sala de esterilização, uma unidade de odontologia, uma sala de observação, uma sala de eletrocardiograma, sala dos agentes de saúde, almoxarifado, 2 copas, estacionamento das ambulâncias, 5 banheiros e tem a particularidade que os escritórios da Secretaria da Saúde do município estão anexos na UBS. Ademais, estão fazendo um corredor maior, 2 banheiros para os usuários com limitações, e um banheiro para os usuários gerais, 3 salas a mais para ser consultório.

Todos os locais da UBS são claros e com bastante luminosidade natural, dispõem de janelas possibilitando a circulação de ar e a ventilação adequada que é imprescindível para se manter a salubridades nos ambientes de nossa unidade, um local de depósito. As paredes são laváveis e os pisos são lisos que devem ser regular, firme, estável e antiderrapante para que não provoque trepidação em dispositivos com rodas. As deficiências encontradas é que existe ausência de corrimão nos corredores e antes a falta de banheiros, mas tudo isto já se está fazendo com as novas construções, e revisado em Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde e sobre barreiras arquitetônicas podemos avaliar que nossa UBS reúne quase todas as condições para atendimento de saúde à população.

Os profissionais da UBS participam do processo de mapeamento da área de atuação da equipe, são desenvolvidas as seguintes atribuições pelos profissionais no processo de territorialização e mapeamento da área: identificação de grupos expostos a riscos, identificação de indivíduos expostos a riscos, identificação de famílias expostas a risco, sinalização dos equipamentos sociais, sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, associação de moradores, conselho local, etc.), identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.). Além disso, na nossa UBS realizam-se cuidados em saúde à população da área de abrangência pelos

profissionais no domicílio, nas escolas e na associação de bairro da comunidade. Realizamos atendimentos de urgência e emergência e realiza-se a busca de paciente faltoso às ações programáticas e/ou programas e são envolvidos nesta tarefa todos os profissionais da UBS. Em nossa UBS os usuários são encaminhados pelos profissionais a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra referência e são utilizados os protocolos para realizar os encaminhamentos nas especialidades, internação hospitalar, atendimento em serviços de pronto atendimento. Fazemos acompanhamento do plano terapêutico proposto para o paciente, se acompanha o usuário em situação de internação hospitalar e domiciliar. As notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis também são feitas, na maioria das vezes pelo médico e enfermeiro, mas todos os profissionais são envolvidos na busca ativa de doenças e agravos. Realizamos atividades de grupo aonde se vêm envolvidos quase todos profissionais. As estratégias coletivas usadas são conversas, palestras, teatros, grupo de reflexão. Estas atividades são dirigidas fundamentalmente a diferentes grupos específicos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, idosos, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher e são desenvolvida no âmbito domiciliar, nas escolas. Nestas atividades se alcança uma boa interação dos participantes do grupo o que faz que as informações e as atividades de prevenção e promoção de saúde tenham um efeito positivo. Outros temas que são desenvolvidos são alimentação saudável, cuidados com os filhos, desenvolvimento infantil, estilo de vida saudável, DST/AIDS.

Todos os profissionais participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, todos podemos ajudar nesta tarefa desde nosso trabalho fazendo que os materiais e insumos sejam mais duradouros e com isso um melhor trabalho da equipe e bom atendimento dos pacientes. Nossa equipe antes se reunia a cada 1 mês, agora para melhorar o planejamento e programação se reúne a cada 15 dias onde se analisam todos as questões que ajudam ao melhor desenvolvimento do nosso atendimento, também se analisam as dificuldades e se fazem propostas para superá-las. Também os temas tratados nos grupos estão sendo de muita ajuda. Atenção primária à saúde tem sempre um impacto positivo nas comunidades com a organização do trabalho. A aceitação da população é mostrada com a participação ativa da comunidade nas atividades previstas.

Em minha UBS se faz o processo de acolhimento na sala de enfermagem em ocasiões, mas quando está acontecendo a coleta dos exames preventivos, então se faz o acolhimento no corredor porque não tem uma outra sala disponível, mas conforme já exposto estão ampliando a UBS. No processo de acolhimento participam toda a equipe, todos os profissionais ajudam na escuta dos usuários já que muitas vezes eles não procuram consultas médicas e sim fazer vacinas, pegar remédios ou marcar para a realização de exames e é atendido por qualquer outro profissional do posto e não ficam muitas pessoas no corredor, favorecendo o bom desenvolvimento do trabalho da equipe e que o acolhimento é realizado em qualquer das salas aonde os pacientes chegam procurando atendimento. Todos os usuários que chegam são escutados em uma média de cinco até dez minutos atendendo a avaliação de risco biológico e vulnerabilidades para definir o encaminhamento da demanda do usuário, logo são procuradas as fichas e realiza-se a triagem por outro profissional para passar ao atendimento procurado pelo paciente.

Os usuários que solicitam consultas para o enfermeiro, médico, dentista quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia o atendimento é feito pelo profissional assim como os que precisam de atendimento imediato/prioritário é feito no momento evitando o agravamento do usuário e avaliando se precisa de encaminhamento para exames complementares ou avaliação em consultas especializadas e não tem excesso de demanda.

Em minha UBS o indicador de cobertura para as crianças é de 100%. Quantitativamente encontram-se acompanhadas na UBS 41. Podemos encontrar algumas dificuldades como são que nem todos tem a consulta em dia de acordo com o protocolo de Ministério de Saúde, pois algumas mães referem que o município fica muito longe e não tem médico entrando nos interiores de algumas das comunidades e elas não tem dinheiro para vir ao município, mas já se dará solução pois o médico que falta em uma equipe vai começar a trabalhar. O teste do pezinho até 7 dias, triagem auditiva e as vacinas se faz em 100% nos menores de um ano. Nossas crianças são atendidas por os médicos clínicos geral e enfermeiras, se precisa também da atenção de um pediatra que faz consultas uma vez ao mês em meu município pra atender aquelas crianças que precisem que sejam de alto risco. Em cada consulta se dá recomendações educativas sobre o aleitamento materno exclusivo, orientações para prevenção de acidente, alimentação saudável por mês, como ajudar a mãe a estimular o desenvolvimento psicomotor da criança e

pra um melhor planejamento e programação de consulta se traçou a estratégia de fazer 2 cadernos uma para a mãe e outro pra que fique no consultório e de essa forma ter um maior controle da programação da consultas. Assim as ações desenvolvidas no cuidado a criança na puericultura são imunização, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, da saúde mental, teste do pezinho e diagnóstico e tratamento de problemas clínico em geral, além disso, se utilizam classificações para identificar crianças de alto risco e mediante protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde como os de encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto –atendimento e para atendimento em pronto-socorro.

Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados em prontuários clínicos, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas, além disso, existe arquivo específico para os registros do atendimento da puericultura que costuma ser revisado mensalmente e com a finalidade de verificar crianças faltosas, completude de registros, identificar procedimento em atraso (peso ou vacinas), identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa, esta revisão é realizada por enfermeiro e médico de família.

O programa de atenção ao pré-natal é controlado por uma enfermeira, mas as gestantes são atendidas por os médicos, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, odontólogo e técnico em enfermagem. Na nossa população o número estimado de gestantes na área é de 124 e a quantidade de grávida que tem em nossa UBS é de 41 grávidas (33%). Ainda temos que seguir trabalhando para pesquisar mais grávidas, destas 35 são controladas por nossos equipes as demais se atendem em clinicas privadas. Na 1ª consulta se solicitam todos os exame laboratoriais, é agendada a vacina antitetânica e a hepatites B. Todas recebem conversas para orientação de aleitamento exclusivo e cuidados de recém nascidos. Para melhorar nossa qualidade de atenção as gestantes estamos fazendo nosso protocolo de atenção pré-natal de nossa UBS, sendo que participam de sua elaboração todos os médicos e enfermeiras de equipes. Se precisa de um ginecologista obstetra em minha UBS para poder atender todas aquelas grávidas de alto risco porque a maioria são de comunidades de difícil acesso e muitas consultas se perdem por esta causa.

As grávidas são avaliadas mediante o protocolo de atendimento pré-natal emitido pelo Ministério de Saúde que são utilizados por todos os profissionais de nossa equipe, quando apresentam um problema de saúde agudo são atendidas, mas não existe excesso de demanda das gestantes para atendimentos de problema de saúde agudos. As ações desenvolvidas de promoção à saúde são de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas, saúde bucal, saúde mental, planejamento familiar, imunizações, controles dos cânceres do colo do útero e mama, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal e saúde mental, além disso se utilizam avaliação e classificação do risco gestacional mediante protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde como os de encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto –atendimento.

Os atendimentos das gestantes são registrados em prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas, além disso, existe arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes que costuma ser revisado mensalmente, com a finalidade de verificar gestantes faltosas, completude de registro, identificar gestantes em data provável de parto e com pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa, esta revisão é realizada por enfermeiro e pelo médico.

As gestantes são cadastradas pelo programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde e os responsáveis do cadastramento são enfermeiro e médico. Também se fazem os grupos com as gestantes que moram no interior do município como parte do melhoramento à atenção das gestantes e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em nossa UBS.

Em nossa UBS são realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura pois em anos anteriores tivemos uma enfermeira especializanda que trabalho em nesta ação programática a partir de uma intervenção proposta por o curso ademais também se fãa a prática regular da atividade física, se fazem ações que orientam sobre os maléficos do consumo excessivo de álcool, também são realizadas ações de educação da mulher para reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e de rastreamento do Câncer de mama (exame clínico de mamas e/ou solicitação de mamografia) se realiza todos os dias da semana e em todos os turnos e se realizam a mulheres

pertencentes à área de abrangência e realizado pelo enfermeiro e o médico, também os outros profissionais integrantes de nossa equipe aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama. O tipo de rastreamento do câncer de mama utilizado é oportuníssimo já que se realiza a todas as mulheres que chegam as Unidades de Saúde, utilizando o protocolo do câncer de mama produzido pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Colo publicado no ano 2012. Em todas as mulheres que se realizam as ações de rastreamento do câncer de mama os profissionais investigam os fatores de risco de câncer. Se orientam todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e tem disponibilizado na área da recepção e na farmácia preservativos para o usuário que procurem e materiais em murais para facilitar a leitura dos mesmos promovendo o uso da camisinha e sua importância.

Em nossa UBS existe arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, também se registra no prontuário clínico, e formulário especial também são realizado planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa pelo médico e enfermeiro.

Em nosso processo de trabalho poderiam ser melhorados os aspectos de divulgação da importância de uma detecção cedo de qualquer sintoma deste câncer. É muito importante continuar em nosso trabalho no dia a dia aumentando as ações para prevenir tão importante doença, fazendo em cada visita domiciliar conversas sobre a importância de fazer-se o autoexame das mamas.

Em nossa UBS se realiza atendimento de adultos portadores de HAS e DM, esse atendimento realiza-se todos os dias da semana em todos os turnos para residentes de nossa área de cobertura e é realizada pelo enfermeiro, médico, nutricionista, odontólogo, técnico/auxiliar de enfermagem e técnico/auxiliar de consultório dentário, o adulto com HAS e/ou DM sai da UBS. A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão é de 1.267. No caso dos diabéticos temos uma estimativa de 313 usuários. Com o preenchimento dos questionários pela equipe no caso de os usuários hipertensos os indicadores de qualidade estão muito baixos, como a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em 55%, atraso em consulta de 46%, exames complementares em dia 56%, avaliação de saúde bucal em 45%, orientação de atividade física e de hábitos alimentares em 46%. No caso dos diabéticos, para estratificação de risco

cardiovascular por critério clínico temos 56% dos usuários, com atraso em consulta 48%, com exame físico de os pés nos últimos 3 meses 24%, com palpação dos pulsos tibial posterior pedioso nos últimos 3 meses 18%, com avaliação bucal 21%, com orientação sobre a prática de atividade física regular e orientação da alimentação saudável 49%. Também existe demanda de adultos para atendimento para problemas de saúde agudos devido a HAS e/ou DM tanto para de nossa área como fora, existindo excesso de demanda e é atendido mesmo tendo excedido a sua capacidade. Não é utilizado o protocolo de atendimento para pacientes portadores de HAS e/ou DM que foi realizado pelo Ministério de Saúde, apenas alguns profissionais conhecem o mesmo. Os usuários que precisam são encaminhados para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto atendimento e para atendimento em pronto socorro. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e em ficha espelho de vacinas. Precisa-se de melhor organização e planejamento nas programações das consultas, para assim, poder avaliar periodicamente os usuários, porque eles só são atendidos quando apresentam algum sintoma. Também é realizado pelos demais profissionais integrantes de nosso equipe e existe só um grupo de adultos com HAS e/ou DM no âmbito da UBS, mas poderiam existir mais para realizar atividades planejadas com os mesmos. Os aspectos do processo de trabalho que podem melhorar para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção a HAS e/ou DM é que nossas equipes traçaram a estratégia de fazer uma busca ativa de hipertensos e diabéticos em consulta e visita domiciliar apoiados por enfermeira, agentes comunitários e médicos para poder cadastrar todos os hipertensos e diabéticos de nossas áreas e assim cobrir toda a cobertura e fazer palestras com usuários nos seguintes temas: alimentação saudável, os principais fatores de riscos que podem produzir e descompensar a HAS e/ou DM, obesidade, sedentarismo, estresse e hábitos tóxicos, pois muitos usuários não conhecem que é uma doença crônica que não se cura e sim que se compensa, por isto trouxe como consequência que existe uma grande porcentagem de usuários na UBS com abandonos de tratamentos, porque ao encontrar-se melhor deixaram de tomar os medicamentos, estão faltosos a consultas e voltam descompensados. Assim, iremos esclarecer a comunidade quanto a importância que tem as consultas agendadas que são uma forma de prevenir complicações das patologias crônicas e acompanhar como estão

eles. Também nos encontramos com doentes que nos falam que os medicamentos da farmácia são fracos e por isso consome medicamentos das farmácias populares afetando sua economia, precisando assim realizar conversas com todos neste tema.

Na minha UBS realizam-se atendimento de pessoas idosas todos os dias da semana e em todos os turnos e temos também os idosos que são residentes fora da área de abrangência. O número estimado de idosos com 60 anos ou mais residentes na aérea é 1.136, sendo acompanhados na UBS 590 (52%). Participam do atendimento dos idosos, enfermeiros, médicos, odontólogo, técnico de odontologia e enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista. Além das consultas agendadas temos oferta e demanda de idosos para atendimentos de problemas agudos e são atendidos sem importar se é ou não da nossa área de abrangência como falei anteriormente. A caderneta de Saúde da Pessoa Idosa só foi disponibilizada a 38% dos idosos. Essa é ferramenta muito importante que nos permite preencher uma série de dados importantes dos idosos que nos ajudam a um maior controle deles para saúde, já se falou em a reunião de equipe de saúde para pedir mais destes materiais e assim poder distribuir para todos os que não têm. Em relação ao acompanhamento em dia temos indicador de 39%, na realização de avaliação multidimensional rápida 42% avaliação de risco para morbimortalidade 63%, fazendo uma avaliação os indicadores de qualidade estão baixos. Não temos excesso de demanda dos atendimentos de problemas agudos de saúde. São desenvolvidas diferentes atividades no cuidado aos idosos como: Imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo. Na minha UBS os profissionais utilizam protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde e são utilizados os protocolos de encaminhamento para atendimentos nas especialidades, para internação hospitalar.

Em minha UBS quem faz as consulta de seguimento dos idosos são os médicos, em cada zona que eu trabalho tenho cadastrado o número de pessoas idosas e desta forma agendamos suas consultas e dependência também a doença que tenha cada qual, se orienta sobre alimentação saudável e evitar o sedentarismo,

praticar exercícios, falamos sobre evitar acidentes na casa, falando sobre a iluminação da casa.

Não existe arquivo independente para os registros dos atendimentos dos idosos pelo fica difícil procurar dados como agora e levar controle de todos os idosos e suas características particulares. Os profissionais de saúde da minha UBS avaliam a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico assim como explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionado aos problemas de saúde de maior prevalência como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão. Realiza-se cuidado domiciliar aos idosos e existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam destes cuidados e os atendimentos são feitos de maneira geral por todos os profissionais da saúde de nossa UBS.

De forma geral esta é a situação da minha unidade de saúde em relação com as pessoas idosas, para garantir melhor qualidade de saúde destas pessoas e melhor qualidade dos atendimentos temos que continuar trabalhando nos atendimentos agendados destes pacientes para ter melhor controle nos indicadores de fragilização, fazer um arquivo específico dos atendimentos nas consultas para ter um bom sistema de dados destes pacientes e por avaliar pacientes faltosos, completude do registro, idosos de risco, qualidade do atendimento e procedimentos em atrasos. Eu acho que com a implementação do E-Sus vai ser mais fácil ter todos os dados dos idosos nos prontuários e na plataforma para o fácil acesso dos profissionais. Criar um listado de assistência destes pacientes as atividades de grupo para ter controle dos pacientes que assistem e seguem os temas e atividades a realizar. Continuar fazendo os atendimentos domiciliares a pacientes que precisem.

Comparando o primeiro texto da situação da minha UBS e o relatório está dando exemplo das mudanças que apresentou minha unidade básica de saúde. Agora na medida em que foram preenchidos os questionários temos um texto mais completo, minucioso que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela minha equipe no trabalho do dia a dia. De forma geral durante este período os aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, abordados e levados à comparação com os cadernos de ações programáticas temos muitos desafios que enfrentar para alcançar mudanças em função da saúde da população, vamos trabalhar com muito esmero daqui para frente.

Os melhores recursos da UBS onde atuo certamente é a boa vontade de toda equipe. Estão sempre dispostos ao trabalho e abertos às mudanças, buscando a melhoria das condições de saúde da população. Muitas das questões relatadas anteriormente mudaram desde o começo do curso até hoje. Os maiores desafios são as mudanças de estilo de vida da população.

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

Comparando o primeiro texto da situação da minha UBS e o presente relatório percebe-se profundas mudanças no modo de ver e avaliar a situação. Antes descrevia as ações que não eram realizadas e agora conseguimos realizar as ações mesmo com necessidade de melhorias. Agora na medida em que foram preenchidos os questionários, o caderno de ações programáticas, temos um texto mais completo, minucioso que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela minha equipe no cotidiano.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O foco selecionado para minha intervenção foi a atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, ambas doenças com grande repercussão na saúde do brasileiro e do mundo. Doenças que são prevê níveis, que se podem modificar os fatores de risco sendo que para isto nós podemos apoiar em nossas atividades de promoção e prevenção o que reforça a importância do diagnóstico precoce. Uma vez diagnosticadas as patologias com um bom seguimento se pode conseguir diminuir consideravelmente o índice de complicações e de mortalidade. Então a melhoria da qualidade de saúde de cada paciente é imprescindível para se evitar futuras complicações irreparáveis. Devemos também ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão e diabetes (BRASIL, 2013).

Contamos com uma UBS localizada em área urbana, com uma população de 8.331 habitantes coberta por 4 ESF, o modelo de atenção é misto e do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF) vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a prefeitura do município. Temos 3 médicos, 1 nutricionista, 7 motoristas, 6 enfermeiras, 9 técnicas de enfermagem, 22 Agentes Comunitários de Saúde, 2 odontólogos, 2 auxiliares de odontologia, 2 psicólogas, 5 funcionários de limpeza, 1 fisioterapeuta. Quanto a estrutura, é uma UBS de nova construção, nossa unidade está bem estruturada inclusive tem uma sala destinada a palestras, cursos e reuniões para transmitir informações. A UBS de Joia, em sua estrutura, possui recepção, um corredor, 3 consultórios médicos, consultório de psicologia, sala pra fazer exames preventivos , consultório de nutrição, sala de vacina, farmácia, sala de

triagem, sala para procedimentos de enfermagem, sala de nebulização, sala de esterilização, uma unidade de odontologia, uma sala de observação, uma sala de eletrocardiograma, sala dos agentes de saúde, almoxarifado, 2 copas, estacionamento das ambulâncias, 5 banheiros e cozinha e tem a particularidade que os escritórios da Secretaria da Saúde do município estão anexos na UBS. Ademais, estão fazendo um corredor maior, 2 banheiros para usuários com deficiência, e um banheiro pra os usuários, 3 salas a mais para ser consultório.

Realizando uma análise dos dados coletados durante a análise situacional nota-se que temos uma estimativa de pessoas com 20 anos ou mais hipertensos e de 1267 por tanto vamos a trabalhar para alcançar um 92 % q seria 1165 usuários em no caso de os diabéticos temos uma estimativa de 313 usuários vamos a trabalhar para um 95% que seria 297 usuários. Estes são atendidos todos os dias da semana pela manhã e pela tarde por toda nossa equipe. São procuradas as fichas e realizada a triagem por outro profissional para encaminhar o atendimento solicitado pelo usuário. Não temos quantidade específica de atendimento por médico porque geralmente não temos excesso de demanda. Agora se retomou novamente os agendamentos porque foi instaurado há pouco o sistema eletrônico que nos ajudará no sistema de cadastramento dos usuários. Por outro lado deve participar o nutricionista na atenção, mas o mesmo está centralizado só no município, sendo que poderíamos melhorar a atenção se fosse com nossas equipes para os interiores, pois ajudaria ao acompanhamento dos usuários. Também participam dos acompanhamentos os agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, odontólogos, recepcionista, todos os integrantes de das equipes.

Queremos com esta intervenção melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, que eles conheçam sua doença para que não exista abandono de seus tratamentos, nem complicações das mesmas, quais são os principais fatores de riscos que podem descondensá-las, a importância que tem as consultas preventivas que programamos para eles e desta forma mudar formas e estilos de vida para poder melhorar sua qualidade de vida. Com isso podemos alcançar então o índice de cobertura preconizado pelo Ministério da Saúde, e assim melhorar os indicadores que medem o seguimento dos hipertensos e diabéticos, por exemplo, vou ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos para um 92 % os hipertensos e para um 95% os usuários diabeticos, para isso pretendemos atender entre 15 ou 16 hipertensos por dia é entre 4 a 5 diabéticos os diabéticos que

atualmente estão em um por dia. Em nosso serviço temos dificuldades com a atenção aos hipertensos e diabéticos especificamente, por exemplo, os agendamentos das consultas como falado anteriormente não contávamos com eles, o sistema de informatização que temos hoje é quem nos permite uma maior organização e atualização para o cadastramento dos usuários. Melhorar os indicadores de qualidade por nossa equipe com nossas metas e objetivos propostos para a intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família de Jóia.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 92% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na unidade básica de saúde de Jóia, pertencente ao município Jóia, Rio Grande do Sul. Participarão 1.165 usuários com hipertensão e 297 com diabetes maiores de 20 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 92% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: O monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa será feito com a implantação da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD) a qual nos permitirá comparar

os usuários cadastrados no programa com o cadastro da UBS e com o indicador de cobertura segundo a estimativa do Caderno de ações programáticas. Isto vai realizar-se pelo médico, enfermeira, técnica em enfermagem e agentes comunitários com uma periodicidade diária para poder cumprir com a meta estabelecida.

No eixo de Organização e Gestão do Serviços

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

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

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

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

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

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

Eixo de Engajamento Público:

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

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

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

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

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Capacitar todos os profissionais da unidade para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência incluindo ACS, enfermeira e técnica em enfermagem. Será feita a capacitação por a médica nas duas primeiras semanas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será executado um plano de capacitação para todos os profissionais relacionados com a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Será feito pela médica nas duas primeiras semanas de intervenção.

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

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

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

Eixo de Organização e Gestão do Serviços:

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

Detalhamento: Serão definidas e orientadas pela médica as atribuições de cada membro da UBS na capacitação sobre exame clínico da HAS e o DM nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

Detalhamento: Serão planejadas todas as capacitações nos diferentes temas do projeto de intervenção por o médico e será feita nas duas primeiras semanas da intervenção.

Ação: Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: A equipe e gerência da unidade irão solicitar da gestão a versão atualizada e impressa do protocolo para HAS e DM na UBS.

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a realização de exame clínico apropriado, sendo feita por o médico nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD marcando a data de realização de cada exame, será monitorado por o médico e a enfermeira mensalmente.

Eixo de Organização e Gestão do Serviços:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Serão garantidas sem dificuldades a solicitações dos exames complementares para os usuários hipertensos e diabéticos na UBS por o médico na consulta.

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

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

Ação: Estabelecer sistema de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O Grupo de Monitoramento e Avaliação formado por médico, enfermeira e técnica enfermagem será o encarregado de monitorar e alertar sobre os exames complementares preconizados, será feito mensal.

Eixo de Engajamento Público:

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

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a solicitação de exames complementares segundo o protocolo estabelecido, por o médico nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Será indicada a necessidade de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia para estes usuários na capacitação sobre o tratamento da HAS e o DM, será feito o monitoramento do acesso por o médico e farmacêutica mensalmente.

Eixo de Organização e Gestão do Serviços:

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

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

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

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

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

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento de Hipertensão.

Detalhamento: Será capacitada todo os profissionais da equipe pelo médico no tratamento de Hipertensão.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe na primeira semana pelo farmacêutico para orientar aos usuários sobre as possíveis alternativas para ter acesso aos medicamentos na farmácia Popular/Hiperdia mediante conferência ilustrativa.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD com o item “Necessidade de atendimento odontológico” acrescentado, será feito por o médico e se realizará em cada consulta diariamente.

Eixo de Organização e Gestão do Serviços:

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

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

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

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, pelo odontólogo nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD com o item “Consultas Programadas” acrescentado, será feito pela enfermeira e médico semanalmente.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos.

Detalhamento: Se realizarão com uma periodicidade de uma vez por semana visitas domiciliares para buscar os pacientes faltosos e serão feitas pelo médico, enfermeira e ACS.

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

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

Eixo de Engajamento Pública:

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

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

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

Detalhamento: Será ouvida pela médica e o resto da equipe, a comunidade sobre suas possíveis estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe por a médica sobre como realizar a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e isto ocorrerá nas duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

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

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Manter as informações do SIAB atualizadas, por a secretaria com uma periodicidade mensal.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada a FAHD, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais, pelo médico e enfermeira antes do início da intervenção, que permitam um maior controle.

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

Detalhamento: O responsável será o encarregado de alertar à equipe quando exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, isto será feito por a enfermeira mensalmente.

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe por o médico sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, isto ocorrerá nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a FAHD com o item “Estratificação de risco Cardiovascular” acrescentado, isto será feito pela enfermeira mensalmente.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

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

Ação: Organizar agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será organizada a agenda de turnos para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, isto será feito por a enfermeira semanalmente.

Eixo de Engajamento Público:

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

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe pelo médico, sobre como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e isto ocorrerá nas duas primeiras semanas.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe pelo médico sobre a importância do registro desta avaliação e será feito nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe pelo médico sobre as estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis e isto ocorrerá nas duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 6. Promover saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

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

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

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

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe pelo médico sobre práticas de alimentação saudável e sobre a metodologia de educação em saúde e isto ocorrerá nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

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

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

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

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe pelo médico sobre as metodologias de educação em saúde, isto acontecerá nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

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

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

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

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

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe pelo médico sobre o tratamento dos usuários tabagistas e sobre as metodologias de educação em saúde e isto ocorrerá nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

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

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

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

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

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Eixo de Qualificação de Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe pelo odontólogo sobre as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal e isto acontecerá nas duas primeiras semanas da intervenção.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 92% 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 cadastrada no programa.

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

Meta 1.2: Cadastrar 95% 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 cadastrada no programa.

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

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

.....

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com 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 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 ao 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 ao 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos 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 priorizada.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação das necessidades 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 a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação das necessidades 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 a área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.....

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

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 UBS.

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 de 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 de 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 sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na unidade Básica de Saúde de Joia, a equipe vai adotar como Protocolo os Cadernos nº 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Sobre a organização do registro específico, uma nova reestruturação dos prontuários médicos será necessária. Deverá existir um local onde serão armazenadas todas as fichas dos hipertensos e diabéticos. Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente estaremos realizando um levantamento do número hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM na UBS. O enfermeiro terá em mãos o livro registro dos pacientes com HAS e DM que vieram consultar nos últimos três meses, buscará

informações nas fichas e no prontuário clínico. Concomitantemente, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, vacinas em atraso, etc. O monitoramento e avaliação dos dados da intervenção serão realizados semanalmente por meio da ficha coleta de dados.

Os instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotados pela equipe serão: Prontuários individual, Ficha-espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabetes e o Livro de Registro e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal. Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos também utilizaremos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Ficha A) e da ficha-B hipertensos e diabéticos dos ACS. Faremos contato com os gestores municipais para dispor das fichas necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

A capacitação das equipes será realizada na primeira semana de intervenção, quinta-feira à tarde. Haverá leitura dos protocolos citados e sobre responsabilidades individuais e conjuntas, assim como simulação dos acontecimentos previstos no dia do atendimento. Todos os assuntos citados na capacitação serão abordados nesta primeira reunião. Esta reunião será conduzida pelo médico especializando. Na próxima semana, no mesmo horário e local será realizada a segunda reunião de equipe com o mesmo objetivo, mas esta abordará apenas as dúvidas surgidas após a primeira semana. Para isto precisaremos de computador e equipe para projetar e ilustrar os temas a tratar na capacitação.

Para registro das informações de atendimento para viabilizar o monitoramento das ações utilizaremos instrumentos de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade como o prontuário clínico individual e ficha espelho, para isso providenciaremos com a gerência pelo menos 900 fichas espelho e que sempre tenha fichas de prontuários em estoque.

Organizaremos o “arquivo específico” que proporcionará revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará muito a busca dos faltosos. Para a organização do arquivo os prontuários com ficha-espelho serão organizados pela médica e a enfermeira. Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pela médica e enfermeira semanalmente para monitorar indicadores de qualidade. Também será monitorado o livro de registros, onde se

registra a aferição da pressão arterial (PA) e realização de Glicemia capilar de todos os usuários maior de 18 anos que frequentem a UBS, para isto se utilizará folhas, canetas, esfigmomanômetro, estetoscópio, aparelho para realizar Glicemia capilar, se realizará diariamente e será feito por enfermeira, médico e técnica em enfermagem.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e diabéticos e estabelecer os faltosos à consulta, serão revisados os registros da ficha-b hipertensos e diabéticos pela enfermeira que nos informará na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar. Será analisado o livro de registro de hipertensos e diabéticos, com o objetivo que todos os usuários cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal, para isto terá disponível sempre livros em estoque para sempre que for necessário substituição.

A médica, enfermeira, e ACS farão busca ativa de todos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Em todas as visitas domiciliares se levará o equipamento de saúde, esfigmomanômetros, estetoscópios, aparelhos para medir a glicose, medicamentos e o material de cadastramentos e controle, contaremos com o apoio da gestora para a transportação nos carros de saúde previamente agendados, em cada visita se deverá informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde bem como sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Devemos assegurar com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos. Devemos buscar também junto à gestão assegurar o encaminhamento do hipertenso e diabético a exames complementares a outros níveis do sistema em casos complicados.

Devemos organizar as agendas da médica, enfermeira e odontóloga para acolher a demanda espontânea, bem como das provenientes das buscas ativas. Devemos organizar a agenda da equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal de forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os hipertensos e

diabéticos, principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico, após a avaliação da médica e da enfermeira da equipe. Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento aos cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

Para sensibilizar a comunidade quanto a adesão à intervenção será realizado reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitará o apoio dos mesmos para o rastreamento de hipertensos e diabéticos, orientando-os sobre os fatores de riscos de desenvolvimento dessas doenças. Orientar os usuários e a comunidades quanto aos riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares. Sensibilizar os usuários e a comunidade sobre a importância de assistir às consultas. Estas atividades se realizarão em palestras, conversas, grupos, onde serão responsáveis a médica e a enfermeira, além da participação da equipe se precisará de computadores, televisores e aparelhos para a reprodução do material que se vai falar, folder ilustrativos e educativos com os temas serão entregues aos usuários para que conheçam mais destes temas.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Reunião de equipe para apresentação do projeto de intervenção e definição do papel de todos os profissionais na Ação programática	x	X														
Organização de agenda compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontólogo.	x	X														
Capacitações sobre diversos assuntos de interesses da equipe ou assuntos referentes a línea programática	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Busca ativa de hipertensos e diabéticos.	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Busca ativa de faltosos.	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Cadastramento de diabéticos e hipertensos moradores da área da abrangência.	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias para discutir a importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e solicitar apoio para a captação de novos casos e controle dos já diagnosticados.	x				X				x				X			
Atendimento clínico dos diabéticos e hipertensos cadastrados (com atualização dos prontuários).	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Visita domiciliar	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Atividade de educação em saúde na comunidade com os		X		x		x		x		x		x	x	x	x	x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Depois dos 12 semanas, período abril-junho 2015, do andamento do projeto da intervenção, com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes de nossa comunidade, chegamos ao final da intervenção de acordo ao cronograma e as atividades propostas no curso da especialização em Saúde de Família, mas, convencidos de que agora faz parte de nosso dia a dia continuar melhorando a atenção de saúde e qualidade do atendimento destes grupos.

De acordo com o cronograma a maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida em sua totalidade, a primeira atividade desenvolvida no início da semana com uma continuidade semanal for às reuniões de equipe com o objetivo de planificar o trabalho da semana, definir as atribuições de cada profissional e discutir as dificuldades apresentadas no transcurso da intervenção, assim como a capacitação da equipe contando com a presença da gestora, entidades da administração e lideranças comunitárias. Entre os temas que foram debatidos e estudados estão: o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, correto preenchimento de caderneta de saúde, acolhimento, políticas nacionais de humanização, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, orientações sobre a importância do trabalho que estamos fazendo, organização dos agendamentos das visitas domiciliares para busca ativa de pacientes faltosos a consulta, e avaliação da saúde bucal. A equipe mostrou-se entusiasmada com o projeto e, tanto as técnicas de enfermagem, enfermeiras e ACS tiveram uma participação ativa e participativa na capacitação que foi realizada pelo enfermeiro e pelo médico, para isso foram utilizados materiais tais como computador, papel, caneta, esfigmomanômetro, entre outros.

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

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

Em cada uma das consultas foram abordados com os usuários e seus familiares temas importantes como: hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, importância de cumprir com o tratamento assim como com a assistência a consultas marcadas, importância da aceitação destas doenças pelo usuário, conscientizando-se dos cuidados a ter sem interferir em sua vida diária, sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como fatores precipitantes para o aparecimento das complicações em órgãos alvo e sua importância na prevenção destes. Foram orientados sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso. Percebemos que os usuários e familiares ficaram muito atenciosos durante as atividades educativas realizadas tanto em consulta individual feita por o médico e a enfermeira ou técnica de enfermagem, como em grupo com os dois grupos de hipertensos e diabéticos onde foram desenvolvidas conversas, orientações na sala de espera antes de entrar as consultas agendadas, projetamos no televisor vídeos educativos referentes aos temas falados anteriormente e era desfrutado por todos os usuário que tivessem ali fossem hipertensos ou não, alguns que tivessem dúvidas depois

eram esclarecidas nas atividades coletivas que fazíamos e agradeceram pelo apoio da equipe da saúde e atenção ofertada.

As técnicas de enfermagem participaram na busca ativa de hipertensos e diabéticos e a busca ativa de faltoso à consulta. Também tivemos no transcurso destas semanas contato com o gestor, onde falamos sobre a importância da atenção e a qualidade da saúde dos usuários com HAS e DM, solicitando apoio para estratégias que tem sido implementada.

Durante a intervenção nos foi permitido conhecer a profundidade das condições de vida dos pacientes, o jeito de como percebem a saúde, de como enfrentam suas doenças, a percepção de risco, o interesse que assumem antes de ter conhecimentos sobre a HAS e DM, e logo quando a equipe atua e desenvolve um seguimento educativo e científico. Temos conseguido incorporar o seguimento em consulta há muitos usuários que só compravam remédios nas farmácias populares, com tratamentos impostos por anos, sem serem avaliados de forma contínua. Usuários com vários fatores de risco como obesidade e sedentarismo que não conheciam seus pesos corporais ou índice de massas corporais. Que tendo a seu alcance uma nutricionista no posto nunca receberam uma consulta, outros desconheciam a importância da saúde bucal. Usuários com tratamentos mono terapêuticos por mais de dez anos e com valores alterados da pressão arterial e glicose. Muitos com glicômetro em casa, mas sem conhecimentos para usá-los, para os quais capacitamos aos familiares e próprios usuários. Preconceitos das doenças, como por exemplo, só consumir os remédios quando se sentiam mal, alguns diziam que não podiam tomar os remédios todos os dias, pois logo o corpo se acostuma, ou que só vai ao médico quando precisa, a pressão está bem em casa e quando venho no posto ela fica ruim, etc. Todos estes elementos são problemas que identificamos e temos modificado em nosso dia a dia, para o bem da população e sua saúde, e para a satisfação de um grupo de profissionais que trabalhamos com amor e respeito à profissão que escolhemos. Nesta etapa também aumentamos o número de visitas domiciliares, e consultas de seguimento planejadas no posto de saúde, assim como a busca ativa de usuários faltosos à consulta. Também elevamos o número de usuários encaminhados para atenção secundária de saúde por descompensação da HAS e DM, e assim as complicações causadas pelas mesmas foi diminuindo. A população está satisfeita com o trabalho feito, reconhecem e

agradecem as visitas a suas casas e o trabalho oferecido, falam que é muito importante para o município.

Dentro das ações planejadas no projeto consideramos haver cumprido com as mesmas. Divulgamos a existência da intervenção para controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Facilitamos as consultas agendadas, a demanda espontânea, o controle clínico e solicitamos exames complementários. Aumentamos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, registrando-os em planilha de coleta de dados, o qual antes não existia em nossa Unidade Básica de Saúde e isso facilitará seu seguimento futuro. Melhoramos o registro das informações de cada usuário mediante o sistema E-SUS, o qual permite conhecer a história de seguimento de cada usuário, assim como cada procedimento feito.

Resgatamos os usuários que em ocasiões se tornaram faltosos na consulta, esclarecendo sobre a importância da periodicidade para a mensuração da pressão arterial e da glicose em usuários maiores de 18 anos, o qual favoreceu que muitos se incluíssem a nossa rotina de seguimento contínuo. E quanto à saúde bucal a maioria dos usuários foram avaliados, sem dificuldades, e orientados sobre adequada higiene bucal.

Percebemos o interesse dos usuários por participar nas diferentes ações, se sentem melhor atendidos, com um controle contínuo da pressão arterial e glicose, assim como o trabalho para evitar complicações a curto, médio e longo prazo. Os exames de seis em seis meses para os mais complicados ou de um em um ano para os mais estáveis, são elementos incorporados ao nosso dia a dia. As consultas com a nutricionista no posto, a realização de atividade física, a participação em atividades de promoção de saúde, são elementos que também estão incorporados ao nosso trabalho diário no posto de saúde. Todas as ações desenvolvidas favorecem que nosso enfoque de trabalho deste grupo hoje seja muito melhor que em etapas passadas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas dificuldades foram vivenciadas como condições climáticas desfavoráveis como o frio e a chuva, não contávamos com a saída de um dos médicos de uma equipe ficando só duas equipe com médicos e duas sem médicos,

isto dificultou amplamente nosso trabalho desde os cadastramento até o número de consultas agendadas, pois aumentou consideravelmente o número de consultas com problemas agudos, além da falta do transporte em algumas ocasiões para as visitas domiciliares, mas considero que o desenvolvimento do projeto alcançou avanços significativos através de muito trabalho, durante estas 12 semanas.

Com o passar das semanas, apesar das dificuldades, os pacientes começaram a entender a necessidade e o comprometimento de não faltar as consultas agendadas, embora estivesse chovendo e com muito frio, eles se esforçavam porque observaram o quanto o tratamento é importante e pode trazer uma boa qualidade de vida através das orientações dadas. O dia que não se pôde realizar as visitas, as mesmas foram agendadas para nova data.

Sempre vivenciamos alguma dificuldade, por exemplo, tivemos uma semana trabalhando sozinhos, graças as férias programadas por a outra médica, mas conseguimos ajustar nossa agenda e o trabalho foi realizado.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

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

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa equipe manteve-se muito unida na realização das ações previstas do nosso projeto de intervenção o que fortaleceu o nosso trabalho em equipe, posso afirmar que cada ação faz parte de nossa rotina diária, e assim continuaremos com o acompanhamento necessário melhorando cada dia o atendimento a este grupo.

Os usuários têm um maior conhecimento destas doenças e agora estão identificados com nossa UBS. Nossa equipe está muito satisfeita com o trabalho desenvolvido, pela primeira vez em nossa comunidade foi realizada um projeto de intervenção com o grupo de Diabéticos e Hipertensos.

Com a finalização do projeto percebo que mudamos para uma equipe com um nível de interação e adesão muito bom, com entusiasmo nas atividades que desenvolve no dia a dia. Sabemos que teremos condições de superar algumas das deficiências apresentadas no desenvolvimento do projeto, pois contamos com as ferramentas necessárias para isso, uma equipe disposta a continuar trabalhando, pois o caminho já está traçado. Ademais nos permitiu planejar que podemos trabalhar em outra ação programática que pudesse ser atenção pré-natal ou a atenção a saúde da criança que detectamos que esta com cobertura baixa.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Depois de 12 semanas de andamento da Intervenção com o objetivo de melhorar a Atenção aos Hipertensos e Diabéticos, maiores de 20 anos, na Unidade Básica de Saúde de Joia, no Rio Grande do Sul, me disponho a fazer a descrição dos resultados obtidos durante este período.

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

Temos na área adstrita a Unidade Básica de Saúde, um total de 8.331 usuários, uma estimativa de 5581,77 pessoas com 20 anos ou mais, deles 1.267 de estimativa de usuários hipertensos e uma estimativa de 313 usuários diabéticos os quais em sua maioria foram avaliados. Nosso propósito foi de registrar o maior número de usuários com estas doenças, em um período de trabalho de 16 semanas, tempo que corresponde ao programado no projeto de intervenção, no entanto, devido orientações do curso o período de execução da intervenção foi reduzido para 12 semanas.

Referente à Hipertensão Arterial, no aspecto quantitativo, chegamos a um resultado de cadastramentos e avaliação de 608 usuários, o que representa 48% dos usuários, chegamos a avaliar quase a metade dos usuários com esta doença,

os usuários que não conseguimos atender durante este período, foi porque temos um índice muito alto de usuários hipertensos, porque ademais existiu a saída de férias de uma das médicas e também ocorreu a saída de um dos médicos e depois entrou outro em um período de 15 dias.

Referente ao Diabetes Mellitus, no aspecto quantitativo, conseguimos um resultado de cadastramento e avaliação de 174 usuários, o que representa 55,6% dos usuários, que conseguimos privilegiar com atendimento mais da metade dos usuários com esta doença, pois muitos destes também são hipertensos o que facilitou o cadastramento dos mesmos.

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

Meta 1.1. Cadastrar 92% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2. Cadastrar 95% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A cobertura do programa de atenção a hipertensos e diabéticos na unidade foi gradativamente melhorando e conseguimos ao longo dos meses os seguintes dados: no 1º mês foram registrados 87 usuários hipertensos, 6,9%, e 40 diabéticos, sendo 12,8%; no 2º mês foram 327 hipertensos, totalizando 25,8%, e diabéticos foram 126, 40,3%; no 3º mês foram cadastrados 608 hipertensos, 48,0%, e 174 diabéticos, 55,6%. Foi monitorado este número de usuários através da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD) a qual nos permitiu comparar os usuários cadastrados no programa com o cadastro da UBS, ademais contamos com um registro dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Nos permitiu alcançar estas cifras em primer lugar a boa divulgação de o projeto que chego a um grão numero de população , é por o sistema de cadastramento que nos ajudo todos os integrantes das equipes: Médicos, técnica em enfermagem, enfermeira, nutricionista ,psicóloga é ACS mediante as consultas agendadas e

visitas domiciliares, não podemos ampliar mais a cobertura por o grão numero de usuários que temos e a falta de profissional que nos atrapalho muito em alguns períodos do trabalho, ademais acredito que o número abaixo do esperado se deve também dificuldade de transporte até o posto de saúde, sendo que algumas áreas ficam mais de 40 km de distancia é os usuários não tem como deslocar-se.

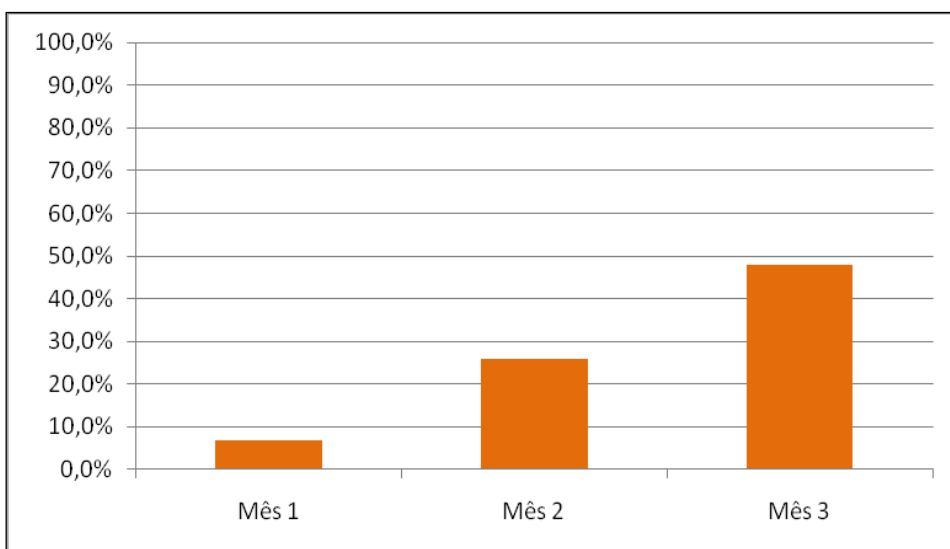


Figura 1 – Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde de Joia.

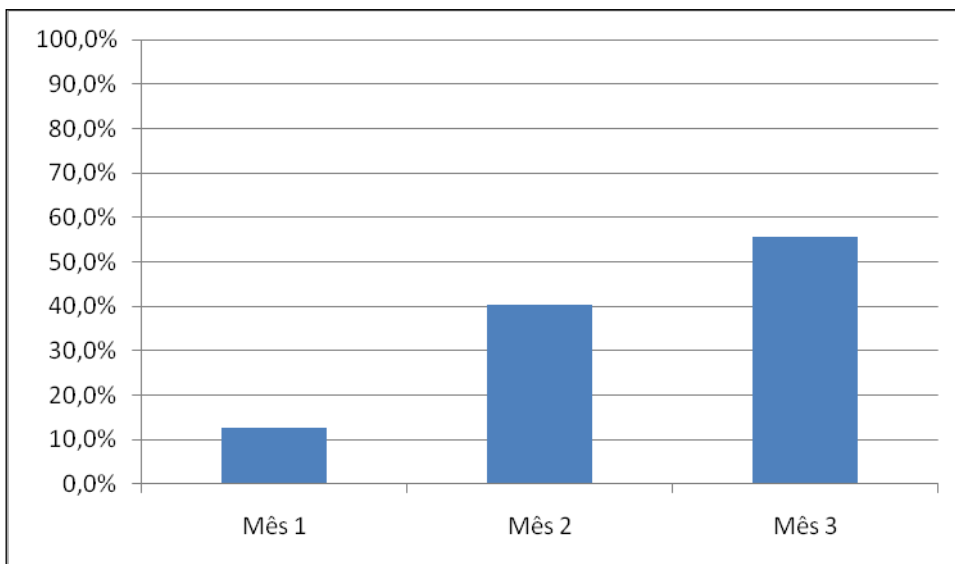


Figura 2 – Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde de Joia

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

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

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

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

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

A intervenção melhorou, sem dúvidas, a qualidade da atenção integral aos usuários com hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Conseguimos criar uma maior adesão às consultas agendadas, assim como o seguimento aos usuários o qual favoreceu aumentar os exames clínicos. Assim, no primeiro mês foram avaliados 65 usuários hipertensos (74,7%), no segundo mês foram 181 (75,2%) e no terceiro mês se avaliou 253 usuários para totalizar com 499 chegando a 82,1% dos usuários hipertensos. Quanto aos diabéticos, no primeiro mês se avaliaram 31 usuários (77,5%), no segundo mês se avaliaram 60 (72,2%), aqui diminuiu porque encontramos uma boa porcentagem de diabéticos que não estavam com consultas médicas em dia por estar faltosos a consulta, portanto não tinham um exame clínico em dia, no terceiro mês finalizamos com 140 chegando a 80,5%, aumentando consideravelmente graças ao trabalho desenvolvido por toda a equipe, médico, enfermeira, técnica de enfermagem e os ACS que semanalmente faziam visitas domiciliares realizando busca ativa de usuários faltosos à consulta.

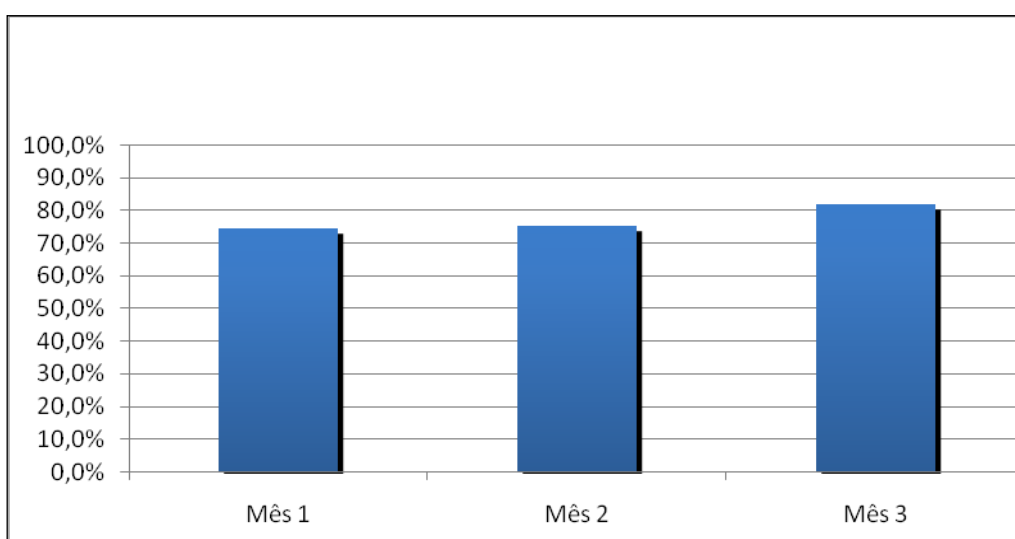


Figura 3 – Gráfico da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

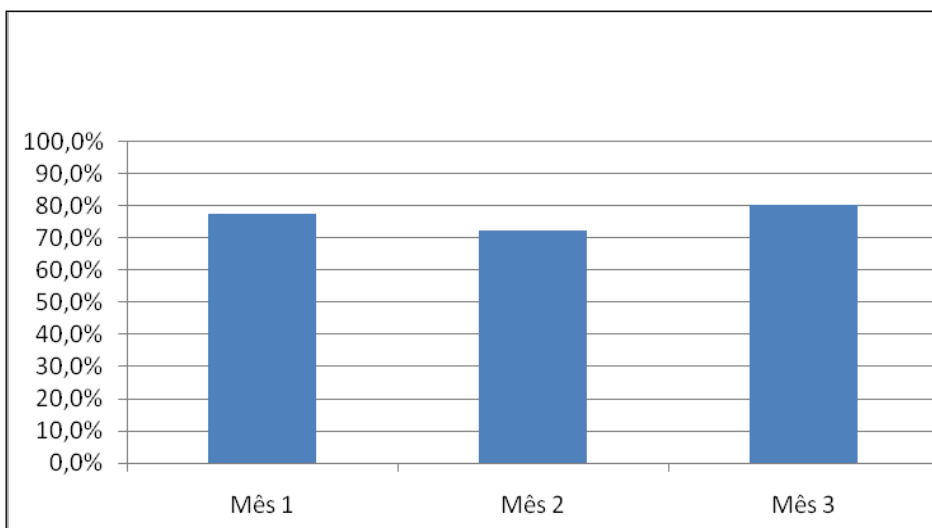


Figura 4 – Gráfico da Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

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.

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.

Aumentamos a realização de exames complementares e com isto o controle das doenças e os fatores de risco, de acordo com a periodicidade recomendada no protocolo estabelecido, pois foram orientados quanto a importância que tinham para evitar complicações de sua doença. Fomos apoiados por nossa gestora para sua solicitações. Foram avaliados com exames complementários em dia usuários hipertensos, sendo no primeiro mês 69 (79,3%), no segundo mês 214 (65,4%), e no terceiro se totalizou 514 usuários para chegar finalmente a 84,5%. Para os usuários diabéticos foram avaliados no primeiro mês 28 usuários (70%), no segundo mês 61 usuários (70,6%) e no terceiro mês finalizou com 141 usuários chegando a 81%, isto se conseguiu porque se orientou os usuários quanto a importância e necessidade que tinham de fazer os exame e no período preconizado, apoiado por todo nossa

equipe e com as atividades desenvolvidas como visitas domiciliares e as palestras efetuadas.

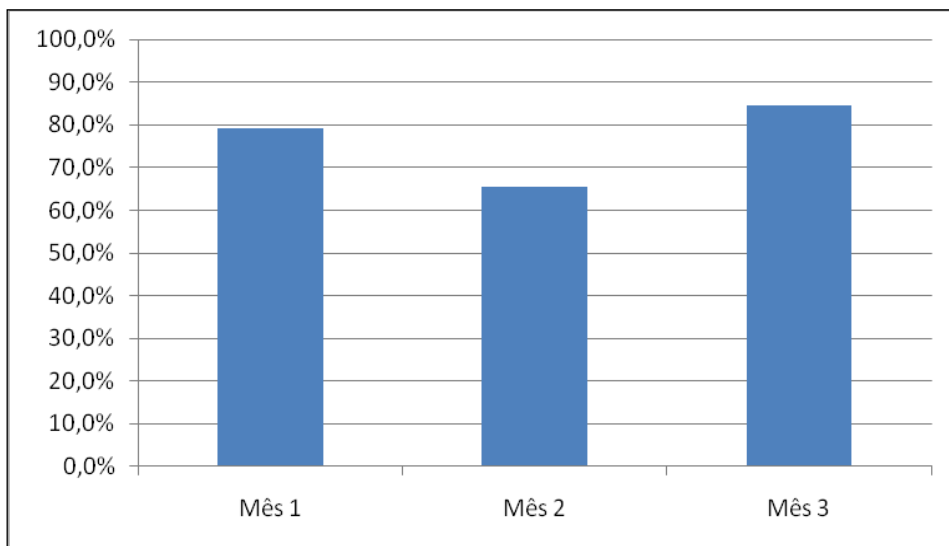


Figura 5 – Gráfico da Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

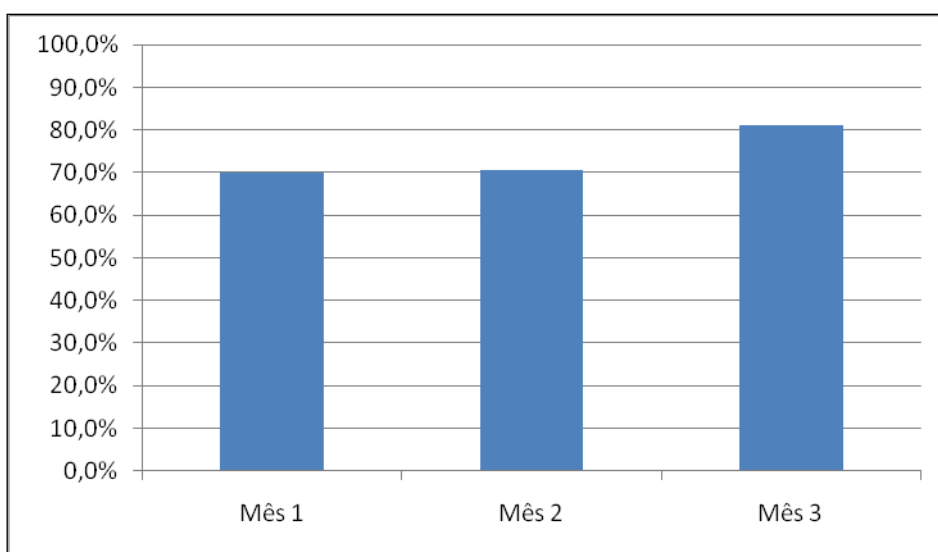


Figura 6 – Gráfico da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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.

Quanto aos medicamentos, conseguimos que os usuários recebessem ao menos um medicamento do Hiperdia ou da farmácia popular, no primeiro mês 87 usuários hipertensos (100%), no segundo mês 301 usuários (92%), aqui diminuiu por avaliar mais usuários que estavam faltosos a consultas e muitos que haviam abandonado os tratamentos, no terceiro mês totalizamos com 571 usuários, pudemos cadastrar usuários novos e novamente recuperar aqueles que tinham abandonado os tratamentos totalizando 96% mediante as atividades desenvolvidas por nossa equipe. Em no caso de os usuários diabéticos no primer mês foram 39 usuários (97,5%) no segundo mês 122 (97,6%) e no terceiro mês finalizamos com 169 usuários(98,3) Isto favorece a economia dos usuários, a realização das receitas médicas e a aquisição dos produtos de um jeito organizado logramos tirar o tabu de que os medicamentos do posto são fracos ,também pudemos contar com o planejamento certo do pedido dos medicamentos por parte do serviço de farmácia do posto de saúde.

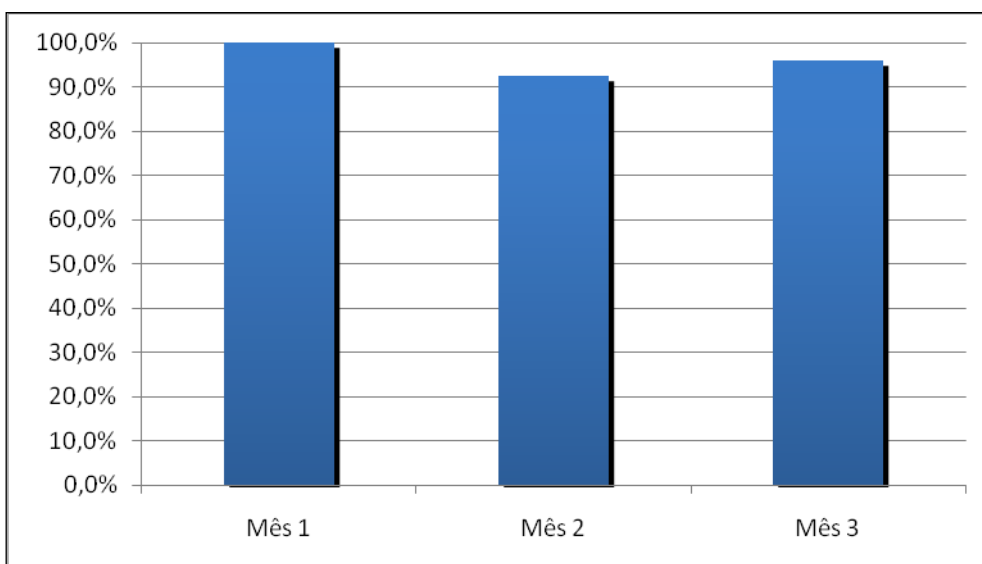


Figura 7 - Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

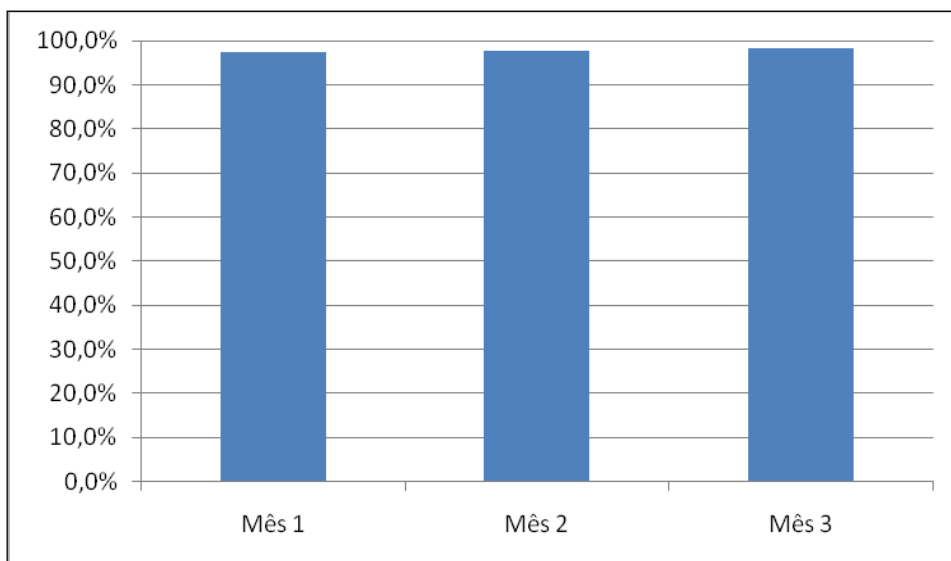


Figura 8 – Gráfico da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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.

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.

Os usuários com necessidade de atendimento odontológico a maioria foram avaliados pela Odontologia, e todos receberam orientações sobre higiene bucal. No primeiro mês foram atendidos entre os usuários hipertensos 72 (82,8%), no segundo foram 278 (85%) e no terceiro mês terminamos com 535 usuários avaliados (88%), assim foi aumentando as cifras dos mesmos. No caso dos usuários diabéticos no primeiro mês foram 30 (75%), no segundo completamos 105 (83,3%) e no terceiro mês completamos a cifra de 152 usuários (87,4%), notasse cifras muito baixas no primeiro mês, pois nós tínhamos planejado erradamente poucos agendamentos até que avaliamos novamente a planificação de consultas com a equipe, fizemos uma organização da agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos usuários com necessidade de atendimento odontológico, sempre orientando a

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

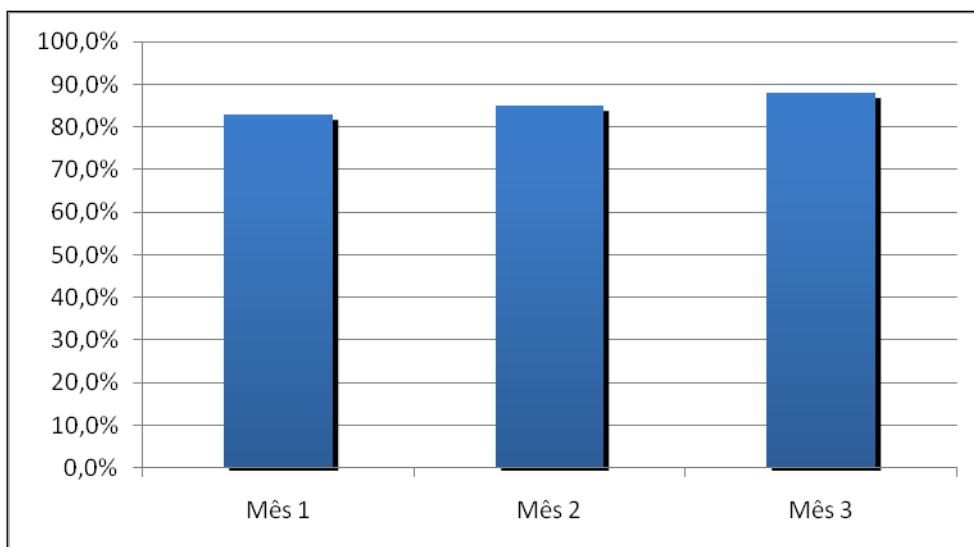


Figura 9 – Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

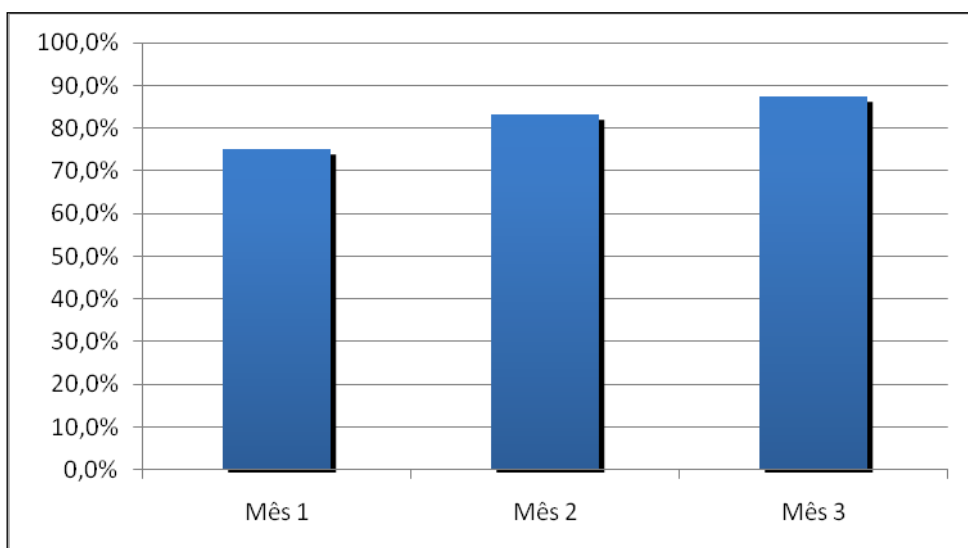


Figura 10 – Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

Este objetivo é muito importante, na etapa planejada conseguimos inserir ao programa muitos usuários que foram diagnosticados e que haviam abandonado o tratamento, incorporamos ao seguimento outros que por muito tempo tinham tratamentos inapropriados. Eliminamos preconceitos das duas doenças e muitos usuários elevaram seus conhecimentos e percepção de risco. No primeiro mês se encontraram faltosos a consulta com busca ativa 23, no segundo mês 87, e no terceiro mês 130, a todos se realizou 100% de busca ativa, no caso dos usuários diabéticos no primeiro mês foram 13, no segundo 41 e no terceiro mês 43 usuários também se realizou 100% da busca ativa, conseguimos alcançar essas porcentagens graças ao trabalho articulado entre toda a equipe com destaque para os ACS que semanalmente realizavam visitas domiciliares buscando todos os faltosos.

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.

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.

Ao início do projeto não tínhamos no posto de saúde nenhuma fonte de dados para desenvolver o trabalho, com o cadastramento da população conseguimos elevar as informações dispomos agora de uma base de dados, a qual vai favorecer trabalhos posteriores. No primeiro mês foram avaliados 65 usuários hipertensos (74,4%), no segundo mês 243 (74,3%) e no terceiro mês totalizamos com 471 (77,5%), no caso de os usuários diabéticos no primeiro mês se atenderam 29

(72,5%), no 2 mês 87 (69%) e totalizamos o terceiro mês com 134 (77%). Estas porcentagens se alcançaram, entre outras coisas, graças ao E-SUS, pois ajuda para o seguimento de cada usuário, o qual deixa guardado a cada consulta, incluindo o tratamento e exames feitos. Por isso, acreditamos que o registro de informações melhorou muito. Aqui também foi muito útil a aplicação da FAHD que ajudou para uma maior organização e controle de nossos usuários. Não se alcançou 100% por os usuários faltosos a consulta que apesar dos ACS fazerem sua busca ativa não vão aos agendamentos sobretudo aqueles que moram em comunidades no interior, sendo que em nosso caso contamos com 14 comunidades que ficam muito longe e por o número aumentado de usuários que temos e os poucos profissionais não se pode consultar a todos no dia agendado fora de nossa UBS.

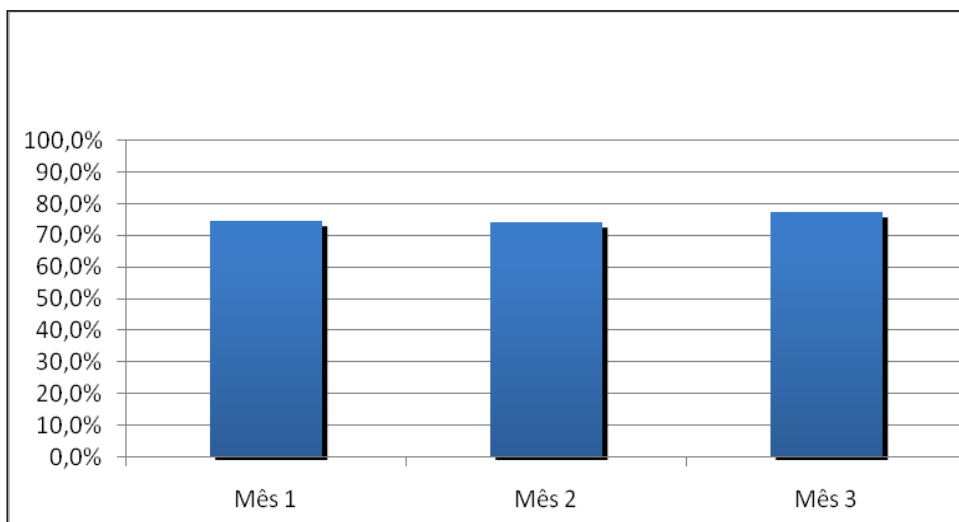


Figura 13 – Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

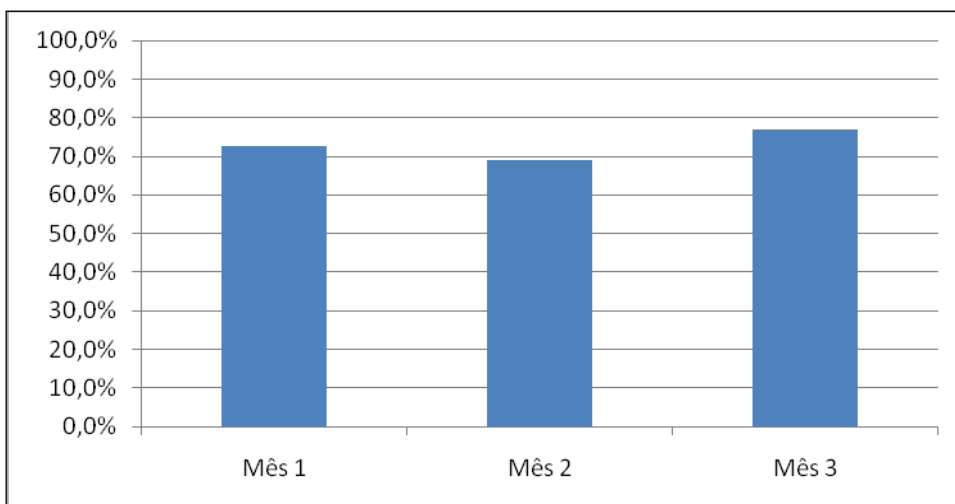


Figura 14 - Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

A determinação dos usuários hipertensos e diabéticos com fatores de risco cardiovascular foi fundamental para evitar complicações a curto, médio e longo prazo, em dependência do estado de saúde do usuário. No primeiro mês foram avaliados 65 usuários hipertensos (74,5%), no segundo mês 243 (74,3%) e finalizamos com um total de 471 usuários (77,5%), no caso de os usuários diabéticos foram avaliados no primeiro mês 29 (72%), no segundo mês 86 (68%) e no 3 mês totalizamos com 134 usuários (77%). Conseguimos estas porcentagens, pois se fez uma avaliação do risco de cada usuário, foi muito importante que cada um pôde conhecer seus riscos e como evitá-los, para isso determinamos a classificação de cada um realizada por o médico em cada consulta julgando um papel importante para o cumprimento desta meta, também recebemos o apoio dos ACS em cada uma de suas visitas domiciliares, não conseguimos o 100% por os usuários faltosos a consulta.

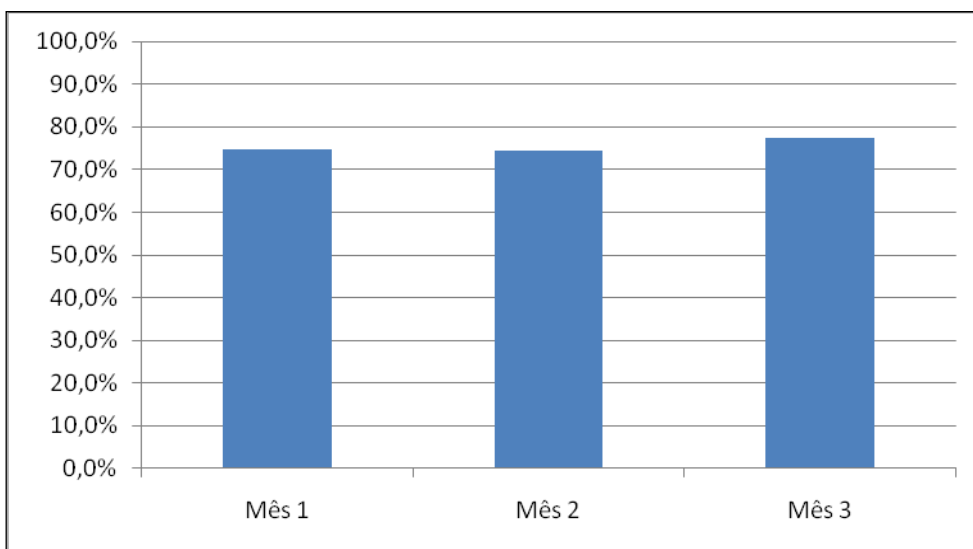


Figura 15 – Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

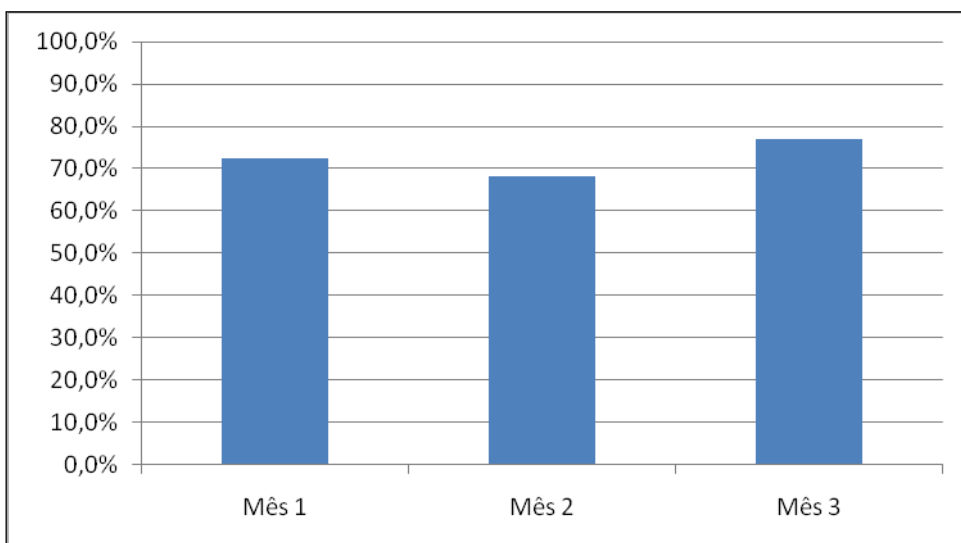


Figura 16 – Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Em todos os meses na meta de promover a saúde foi alcançada em 100%, no primeiro mês 87 usuários hipertensos, no segundo mês 327 e no terceiro mês finalizamos com 607 usuários hipertensos. No caso dos diabéticos no primeiro mês foram 40 no segundo 126, no terceiro finalizamos com 174 usuários. Em todas as consultas, conversas, grupos de intercâmbio e atividades de educação receberam orientações sobre diversos temas como: hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividades físicas regulares, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como fatores iniciantes para o

aparecimento das complicações em órgãos alvo e sua importância na prevenção destes. Foram também orientados sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso. Percebemos que os usuários e familiares ficaram muito atentos durante as atividades coletivas realizadas, perguntaram dúvidas, e agradeceram pelo apoio da equipe da saúde e atenção prestada.

4.2 Discussão

O processo de intervenção na UBS Joia contribuiu na melhoria da qualificação da atenção e na acessibilidade dos usuários hipertensos e diabéticos à UBS e na melhoria dos registros e controles. Não conseguimos ampliar a cobertura em relação à cobertura anterior à intervenção, pelo número aumentado de usuários que tínhamos para avaliar e que precisava de muitos profissionais envolvidos, mas a equipe conseguiu informar a população sobre a existência do projeto e realizar o engajamento da mesma na intervenção que permitiu melhorar os indicadores de qualidade destes usuários.

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

Todos os usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus foram informados sobre a existência dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e

sobre a possibilidade de eles usarem esses medicamentos pela acessibilidade e menor custo. Dessa forma conseguimos que alguns usuários trocassem o tratamento antigo para estes medicamentos do programa, o que promoveu a continuidade do tratamento e, por consequência, um melhor controle da doença. Embora de que ainda tem alguns usuários que fazem acompanhamento com especialistas privados e não querem usar os medicamentos disponibilizados na farmácia popular.

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

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

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

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

O projeto exigiu da equipe a realização de diferentes capacitações segundo o preconizado pelo protocolo do Ministério de Saúde, relacionadas com a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização no tratamento de HAS e DM, verificação da pressão arterial e realização do Hemoglicoteste. Todas estas ações de capacitação levaram ao trabalho integrado dos profissionais da equipe, o que contribuiu para a melhoria da adesão da equipe, assim como o enriquecimento profissional de cada um dos integrantes. Além disso,

favoreceu na qualidade dos atendimentos destes usuários e nas relações entre os membros da equipe e a população alvo.

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

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

Apesar de ter atingido uma grande parte da meta pactuada no começo, ainda temos um grupo considerável destes usuários que não estão fazendo o acompanhamento na UBS. O que constitui um objetivo a ser alcançado, já que a intervenção finalizou, mas as ações já fazem parte da rotina do nosso serviço e continuarão a fazer parte do mesmo.

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

5 Relatório da intervenção para gestores

Realizamos uma intervenção para melhorar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, como parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, e só foi possível devido ao apoio da equipe e da gestão. A intervenção teve duração de 12 semanas, trabalhamos na qualificação da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família de Jóia e nossa intervenção transcorreu com no período de março - maio sucesso.

A população vinculada à UBS é de 8.331 habitantes residentes na área de abrangência, a partir deste quantitativo fizemos a estimativa de usuários com HAS E DM que segundo o Caderno de Ações Programáticas (que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS), onde o número de hipertensos residentes na área seria de 1.412 e de usuários diabéticos de 311.

Alcançaram-se resultados positivos quanto à os indicadores de qualidade dos atendimentos da população alvo na UBS com a participação de todos os membros da equipe. As pessoas que participaram do projeto se encontram satisfeitas com os atendimentos ofertados pela equipe de saúde. Na UBS foi possível atualizar o cadastro e os registros da população hipertensa e diabética também a ficha de acompanhamento junto com o exame clínico atualizado, foram realizadas segundo o preconizado no protocolo disponibilizado no município. Foi possível manter uma atualização dos exames complementares e exame clínico aos usuários, avaliar os tratamentos para estas duas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular/Hiperdia e deste modo manter

um melhor controle destas doenças. Trabalhamos com os usuários faltosos à consulta e com a busca ativa dos mesmos, se avaliou a necessidade de atendimento odontológico. Também ao avaliar os fatores de risco cardiovascular, orientamos a importância de aderir aos hábitos mais saudáveis para uma melhor qualidade de vida. Foi possível chegar até as comunidades do interior com nossa intervenção.

Recebemos grande apoio por parte da gestão, como a prioridade na marcação dos exames complementares o que favoreceu na atualização dos dados em cada paciente que participou da intervenção. Também foi um grande apoio a disponibilização de transporte para as visitas no interior do município, mas ainda precisamos de uma melhor planificação e que possamos entrar com mais frequência nas comunidades no interior.

Nosso projeto está modificando a visão dos profissionais da equipe em relação a planificação da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, pois a sistematização da assistência não era implementada, nem tinham conhecimento de que existia. Assim, foram novamente agendados os atendimentos para estes usuários, tivemos melhoria da relação equipe-comunidade e melhor controle destas doenças.

Quanto aos aspectos que devem ser melhorados para manter a intervenção seria a disponibilidade de transporte, conforme supracitado, para o deslocamento da equipe ao interior para manter os atendimentos nessas comunidades e as visitas aos usuários que moram mais longe. Realmente com a intervenção alcançamos nosso objetivo planejado do início do estudo, no final a comunidade ganhou mais o espaço com sua participação, a equipe ganhou melhor organização e planejamentos de suas ações, o município ganhou um programa com maior qualidade e a possibilidade de implementar em outras ações programáticas, melhorando a qualidade de assistência à saúde em nossa comunidade, contemplando a universalidade, integralidade, equidade e participação popular.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante o desenvolvimento das atividades na Unidade Básica de Saúde de Joia, realizamos uma intervenção no período de 12 semanas, a fim de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ ou diabetes na unidade de saúde da família do município de Joia.

Temos uma quantidade de 8.331 pessoas residentes na área de abrangência da UBS, e de acordo com as cifras de os cadernos de ações programáticas 1.412 são usuários hipertensos e 311 são diabéticos.

Primeiramente foi possível organizar a agenda do dia a dia para contar com um turno de atendimento específico para os usuários. Além disso, se conseguiu organizar o acolhimento dos usuários diabéticos e hipertensos na UBS. Questões que contribuíram na melhoria da qualidade dos atendimentos, os quais são realizados segundo os parâmetros estabelecidos no protocolo do Ministério de Saúde. Os cadastramento de os usuários no programa se faz através dos agentes comunitários de saúde com visitas domiciliares e mediante os rastreamentos/pesquisas que se fazem na UBS com o controle da pressão arterial, através das consultas médicas e que sem interromper os atendimentos dos demais usuários.

Outra conquista foi à adesão da equipe e o desenvolvimento de um trabalho em união, o que favoreceu positivamente a qualidade na atualização dos atendimentos. Com a ajuda dos ACS se atualizou o cadastro de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência e se conseguiu incorporar uma grande porcentagem deles no acompanhamento na UBS. Foi possível também incorporar muitos usuários das comunidades do Interior. A cobertura do programa foi ampliada para 45% dos usuários hipertensos e para 50% dos diabéticos, com a

intervenção. Segundo o estabelecido no protocolo foi possível manter uma atualização dos exames aos usuários avaliados. Também foi possível avaliar os tratamentos para estas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular/hiperdia, e deste modo, manter um melhor controle das duas doenças.

Todos os usuários foram avaliados quanto aos fatores de risco cardiovascular e a equipe orientou quanto a importância da adesão de hábitos de vida saudáveis. Foram identificados os usuários faltosos à consulta e se fez busca ativa dos mesmos mediante visitas domiciliares acompanhados por os agentes comunitários.

Assim, é do conhecimento da comunidade em geral, a existência do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, cujas ações realizadas durante a intervenção, foram incorporadas na rotina do serviço.

O apoio dado pela comunidade, participando do grupo de hipertensos e diabéticos e das diferentes atividades feitas, juntamente com as lideranças comunitárias, na divulgação deste projeto, e a parceria com o Conselho Municipal de Saúde, foram imprescindíveis para obtermos estes resultados alcançando conseguir que se estabelecesse o programa e se retomaram as consultas agendadas para eles e se organizou o trabalho em nossa UBS.

Para tal, reforçamos a importância do trabalho em conjunto, comunidade, equipe e gestão, a fim de continuarmos as melhorias na assistência à saúde em nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família foi um grande desafio, mas foi uma experiência maravilhosa para mim. Ao longo destas 12 semanas de desenvolvimento de nosso projeto de intervenção, realizado na unidade básica de saúde da família do município de Joia, com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos na área de abrangência, temos realizado um trabalho muito importante e proveitoso para o bem-estar de nossa comunidade. Ao princípio pensei que ia ser difícil, mas sempre contei com ajuda e apoio da minha equipe de trabalho, do gestor e da comunidade em geral, todos gostaram muito desta proposta. Trabalhamos todos em conjunto, ainda que os resultados não foram os que esperávamos nos indicadores de cobertura, mas sim conseguimos melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos incrementando os indicadores, com a organização do trabalho de nossa UBS e a implementação de novas estratégias de trabalho.

O curso de especialização constituiu um apoio educacional e instrutivo em minha prática profissional neste país, tendo oferecido muitas ferramentas e esclarecido algumas dúvidas que surgem em nossa prática diária, nos ofereceu casos clínicos muito frequentes nas consultas, tendo enriquecido nosso conhecimento sobre os diferentes protocolos das múltiplas doenças aqui no Brasil, além de ajudar a melhorar nosso português. Através deste curso temos realizado este trabalho de intervenção, colocando em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público, melhorando com isto a atenção e qualidade dos atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos.

Não podemos deixar de dizer que contamos também ao longo do curso com o apoio incondicional do orientador o qual sempre esteve disposto a ajudar com muito carinho e paciência, corrigindo nossos erros, participando a distância, mas sempre presente em cada atividade. Todo o aprendizado no curso foi muito interessante, a qual sempre levarei comigo como uma experiência única, maravilhosa e inesquecível, pois nunca antes tinha participado de um curso à distância.

Referências

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

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

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

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

Apêndices

Apêndice A – Fotografias da intervenção





Anexos

Anexo C - 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.