

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 das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na
ESF Mariano da Rocha, Encruzilhada do Sul/RS**

Juan Alberto Dominguez Garcia

Pelotas, 2015

Juan Alberto Dominguez Garcia

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na
ESF Mariano da Rocha, Encruzilhada do Sul/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: Naércia Torres

Pelotas, 2015

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

G216m Garcia, Juan Alberto Dominguez

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF Mariano da Rocha, Encruzilhada do Sul/RS / Juan Alberto Dominguez Garcia; Naércia Torres, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 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. Torres, Naércia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente para minha família que tão longe estão de mim, mas sempre estão aqui comigo porque, graças à formação que me ofereceram, hoje estou aqui e sou um profissional com capacidade de ajudar aos demais como eles sempre desejaram. A meus irmãos, sobrinhos e toda a família que fica com orgulho de meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Deus por ter me concedido saúde, disposição e sabedoria para participar assiduamente e conseguir acompanhar todo o curso. Em segundo lugar agradeço a Naércia Torres, uma pessoa muito competente, atenciosa e responsável, sem dúvida sua contribuição foi extraordinária para o engrandecimento dos meus novos conhecimentos em relação a melhoria da atenção à saúde das pessoas com diabetes e hipertensão. E por último a todos os colegas do curso, pois foi uma maravilhosa oportunidade para fazermos novas amizades e compartilharmos mais informações.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da UBS/ESF.....	20
Figura 2	Gráfico de Cobertura de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	57
Figura 3	Gráfico de Cobertura de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	58
Figura 4	Gráfico de Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	58
Figura 5	Gráfico de Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	59
Figura 6	Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com protocolo.....	60
Figura 7	Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com protocolo.....	60
Figura 8	Gráfico de Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.....	61
Figura 9	Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.....	62
Figura 10	Gráfico de Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.....	63
Figura 11	Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.....	63
Figura 12	Gráfico de Proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa.	64
Figura 13	Gráfico de Proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa.	65
Figura 14	Gráfico de Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	66
Figura 15	Gráfico de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	66
Figura 16	Gráfico de Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular com exames clínico ao dia.....	67
Figura 17	Gráfico de Proporção de hipertensos com estratificação de	

	risco cardiovascular com exames clínicos ao dia.....	68
Figura 18	Gráfico de Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	69
Figura 19	Gráfico de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	70

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
CAP	Caderno de Ações Programáticas
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

RESUMO

GARCIA, Juan Alberto Dominguez. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF Mariano da Rocha, Encruzilhada do Sul/RS.** 84f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de especialização em saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduo que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. O Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. A ESF Mariano da Rocha localiza-se na zona leste no município de Encruzilhada do Sul. Possui aproximadamente 5.450 pessoas na área de abrangência da unidade de saúde. Com base em uma análise situacional estimou-se que existam cerca de 1.218 pessoas com 20 anos ou mais portadoras de hipertensão e 348 pessoas com 20 anos ou mais portadoras de diabetes. Entretanto, apenas 310 pessoas com hipertensão e 106 pessoas com diabetes estavam em acompanhamento na UBS. Apenas realizava-se renovação de receitas e tratamento de complicações agudas, inexistindo ações de prevenção e promoção da saúde, sendo frequentes as complicações decorrentes destas patologias na área. O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira, doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovascular e renal crônica. Frente a esta realidade, associada à alta incidência dessas patologias na população adstrita, o presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Para isso foram traçadas ações, metas e estabelecidos indicadores para acompanhar a intervenção com base nos protocolos do Ministério da Saúde, contemplando os eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Após 12 semanas de intervenção, implementamos o programa de acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes, desenvolvendo ações de promoção e prevenção e garantindo registros adequados para acompanhamento do programa. Ampliamos a cobertura para 38,2 % (320) usuários com hipertensão e 56,4% (115) usuários com diabetes. Dos usuários acompanhados no programa, obtivemos os seguintes resultados: com exame clínico em dia (diabéticos 97,8%, hipertensos 96,9%); usuários com exames complementar em dia (diabéticos 92,2% e hipertensos 92,8%); usuários com registro adequado da ficha de atendimento (diabéticos 86,1% e hipertensos 92,8%); usuários com estratificação do risco cardiovascular (diabéticos 89,6% e hipertensos 93,1%). A maior dificuldade vivenciada foi quanto ao atendimento odontológicos, onde alcançamos 67,8% usuários com hipertensão e 63,1% dos usuários com diabetes. Quanto às orientações nutricionais, prática de exercício físico, sobre o risco do tabagismo, e orientação sobre a higiene bucal se alcançou 100%. Apesar das dificuldades do serviço interferindo no alcance das metas planejadas, consideramos que a intervenção foi produtiva para unidade, pois trouxe qualidade da atenção ao público alvo e organização do processo de trabalho da equipe. Tal resultado só foi possível

devido ao engajamento de toda a equipe, comunidade e gestão nas ações propostas.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde bucal.

Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise Situacional.....	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	
Erro! Indicador não definido.4	
2.2.1 Objetivo geral.....	
Erro! Indicador não definido.2	
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	
Erro! Indicador não definido.2	
2.3 Metodologia.....	
Erro! Indicador não definido.6	
2.3.1 Detalhamento das ações.....	
Erro! Indicador não definido.7	
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma.....	48
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.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	54
4 Avaliação da intervenção.....	56
4.1 Resultados.....	56
4.2 Discussão.....	70
5 Relatório da intervenção para gestores.....	72
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	74

7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
	Referências.....	78
	Anexos.....	79

Apresentação

O presente volume apresenta trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). Apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na ESF Mariano da Rocha, Encruzilhada do Sul/RS.

O volume consta de sete capítulos que retratam de forma sequencial as ações realizadas e os ganhos obtidos com a intervenção. Os capítulos são: 1 - Análise Situacional, que retrata a organização do serviço e do processo de trabalho da unidade de saúde, permitindo identificar os obstáculos a serem superados; 2 - Análise Estratégica, onde está descrito o processo da intervenção com base no foco identificado; 3 - Relatório da Intervenção, relatando sobre as ações realizadas e não realizadas por alguma dificuldade vivenciada; 4 - Avaliação da Intervenção, apresentando as metas alcançadas e o processo para atingi-las ou não; 5 – Relatório da Intervenção para os gestores e 6- Relatório da Intervenção para a Comunidade, esclarecendo para a gestores e comunidade sobre a intervenção realizada, os avanços e retrocessos que obtivemos no caminho, e as melhorias necessárias no serviço e, por fim 7- Reflexão sobre o processo individual de aprendizagem, onde expressamos de forma crítico-reflexiva o final das ações e a contribuição no processo de qualificação profissional.

Desejamos a todos, uma boa leitura!

1. Análise Situacional

1.1 Qual é a situação da ESF/ APS em meu serviço

Trabalho no ESF Mariano na cidade de Encruzilhada do Sul, no Rio Grande do Sul, que abrange aproximadamente 5440 pessoas da minha população. O mesmo divide o espaço físico com o ESF Paraíso onde trabalha outro médico cubano. No ESF Mariano contamos com 1 nutricionista, 1 dentista, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 recepcionista e com a colaboração de 1 servente para serviços gerais. Além dos que trabalham no ESF ainda temos 5 Agentes Comunitários de Saúde. Quanto ao meu trabalho: é de segunda as sextas-feiras, de 8 horas até 17 horas, fazem visitas domiciliares semanalmente, também realizo atendimento a gestantes e crianças. Participo dos grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes, nem todos os pacientes participam dos grupos, mas já se percebe o aumento dos que decidem fazer parte dessa atividade e isso mostra que estamos chegando, pouco a pouco a eles. Nosso sistema de trabalho diário é por consultas agendadas e os usuários que chegam procurando consultas, sempre se atende a todos e ninguém vai embora sem ser consultado. Nas consultas constato que há grande quantidade de usuários que fazem uso de medicações antidepressivas, antipsicóticas e ansiolíticas assim como usuários que tem poli farmácia e usam muitos medicamentos (chegam a usar até 9 diferentes ao dia), também de que existem ainda os usuários que se automedicam ou não aderem ao tratamento proposto, alguns que quando tentamos trocar ficam molestos com a proposta.

Também constato que há um alto índice de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensos e diabéticos) as que mais se apresentam. Outras doenças que se apresentam com muita frequência são as do sistema músculo-esquelético devido a que uma das fontes de trabalho para as pessoas de Encruzilhada é o corte de matos e o trabalho é forte, mas as pessoas buscam a consulta já quando a doença está muito avançada. Nós queremos que nosso trabalho seja encaminhado a promoção e prevenção das doenças e acidentes de trabalho, e que as pessoas conheçam todas as medidas de prevenção tanto em casa como em cada trabalho para evitar a aparição das mesmas. Minha relação com meus colegas de trabalho é muito boa, eles são muitos queridos, gosto muito deles e temos uma grande equipe de trabalho. Com os usuários tudo de bom em ocasiões o problema é o idioma mais sempre tentamos que eles quando saíam da consulta não tenham dúvidas e façam o tratamento como deve ser certinho. Todas estas dificuldades encontradas são uma motivação para continuar trabalhando, para mudar essa realidade, nos motiva para continuar fazendo o que até agora estamos fazendo e muito mais, para seguir com nosso esforço sempre brindando o melhor de nos. Nosso trabalho tem tido muito boa aceitação na população espero que a população se sente bem atendida, minha equipe vai continuar trabalhando assim. Gosto muito de trabalhar aqui em este município com pessoas muito queridas que são grandes parceiros .É um honor estar hoje aqui em Brasil e um prazer para mim poder ajudar as pessoas mais necessitadas e que meu trabalho faz diferencia.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Encruzilhada do Sul situa-se na região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, região denominada Serra do Sudeste, a população estimada no último Censo Demográfico 2012 é de 24.537 habitantes, sendo que destes 17.117 residem na área urbana e 7.420 na área rural. A economia baseia-se basicamente nos setores de agricultura, pecuária e comércio que atende as necessidades básicas da população.

Quanto a Saúde, a nível regional o Município de Encruzilhada do Sul faz parte da 8ª Coordenadoria de Saúde, com sede no Município de Cachoeira do Sul. O nível Municipal organiza-se da seguinte forma: Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente – Localizada na Praça Dr. Ozy Teixeira – 46, 2º andar, centro, onde o

Secretário Municipal de Saúde, Francisco Isaías realiza suas atividades de gestão e coordenação, assim como toda equipe de funcionários que realizam tarefas administrativas e burocráticas, desde atualização de dados, autorização de exames até Programas como a Primeira Infância Melhor (PIM) entre outros de necessidade da população. O sistema de Saúde possui ainda 06 (seis) Unidades de Estratégia e Saúde da Família (ESF), as quais atendem área urbana e rural, ESF Alto Alegre, ESF Campos Verdes, ESF Lava-Pés, ESF Mariano da Rocha, ESF Paraíso e ESF Interior, sendo está ultima uma unidade destinada a atender exclusivamente moradores do interior do município; 01 (uma) Unidade de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência 24 HORAS, 01 (uma) Unidade Materno Infantil, com atendimento ginecológico, pediátrico e Central de Vacinas, 01 (uma) Farmácia Básica Municipal que disponibiliza medicamentos de Assistência Farmacêutica pelo SUS, 01 (um) Centros de Reabilitação e Atenção Social (CRAS), 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Hospital – Hospital Santa Bárbara, instituição privada que tem convênio com SUS (tendo cerca de 60% do seu atendimento destinado ao SUS) oferece internações, consultas com especialistas, exames de baixa e média complexidade, como RX, mamografia, tomografia entre outros; possui Laboratório de Análises Clínicas, realiza cirurgias de pequeno e médio porte, assim como partos (vaginais e cesáreos) para gestantes deste município e municípios vizinhos; também contamos com uma base de atendimento do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). O município não possui Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no momento, mas já tem o projeto.

A ESFP Mariano, Unidade onde desenvolvo minhas atividades, através do Programa Mais Médico, que compartilha espaço físico com a UBS Paraíso, foi inaugurado em fevereiro de 2006, no bairro COHAB atende os bairros Vila da Fonte, Parte do Centro, COHAB, Mariano da Rocha e Loteamento da Parroquia. Segundo dados do SIAB, a população atendida pela Unidade está em torno de 5420 habitantes, sendo estes divididos em seis micro-áreas, sendo cada uma destas atendida por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), porém, atualmente o quadro de ACS encontra-se defasado, estando somente 05 microáreas atendidas, no entanto, para minimizar e solucionar o problema está previsto processo seletivo para contratação de novos profissionais.

A estrutura física, de forma geral, não se encontra em boas condições, divide-se em: recepção/sala de espera, banheiro para usuários, sala de vacina (fora

de funcionamento), 01 salas de enfermagem, 01 salas de triagem, 01 sala de realização de procedimentos e administração e armazenamento de materiais ambulatoriais e medicamentos (onde se faz curativo e nebulização para as duas UBS), 01 banheiro privativo para os funcionários, 01 sala esterilização, 01 sala de consultório médico, 01 sala de consultório odontológico (para os dois postos), 01 sala de reuniões e 01 cozinha. Possui dimensões favoráveis e adequadas à organização e funcionamento geral, toda unidade é constituída de alvenaria, paredes pintadas de cor clara, piso de cerâmica, teto forrado, portas em todas as salas, o que garante privacidade aos atendimentos, instalações elétricas e hidráulicas em condições adequadas, iluminação e ventilação são satisfatórias, o que poderá ser melhorado no sentido físico, será equipamentos de climatização, pois o município apresenta temperaturas muito extremas de acordo com a estação, ou seja, temperaturas muito baixas, inclusive negativas no inverno e muito altas no verão, aproximando-se ou ultrapassando os 40°C. Possui uma rampa (para o acesso de cadeirantes) em frente à entrada da UBS, que precisa ser melhoradas, pois é interrompida por um degrau em frente à porta de entrada da recepção. Apresenta problemas de acessibilidade no banheiro dos pacientes que não é adaptado a pacientes com deficiência física.

O ESF atende em dois turnos, manhã no horário – 08 horas às 12 horas e a tarde – 13 horas e 30 min às 17 horas, a equipe conta com um quadro de profissionais que atende às necessidades básicas da população, recepcionista, enfermeira (responsável técnica da unidade), técnica de enfermagem, dentista, médica clínica geral, psicólogo (este atende uma vez na semana) e auxiliar de limpeza, além dos ACS já mencionados. Todos os profissionais da unidade, em sua rotina de trabalho visam promover e desenvolver o conjunto de ações de caráter individual e coletivo de prevenção, promoção e reabilitação em saúde, pilares fundamentais de Assistência Básica. No desempenho das atividades surgem algumas limitações, principalmente no que se referem a recursos, materiais de expediente, equipamentos com tecnologias rápidas e precisas, quanto aos recursos humanos e competências a equipe desempenha de forma positiva e organizada os deveres e funções específicas de cada cargo, assim como atividades coletivas.

O ESF situa-se em um bairro que oferece opções de lazer, comércio e serviços em geral, conta com mercados, farmácia, academia, praça, escola de ensino fundamental, escola de educação infantil, Centro de Tradições Gaúchas,

transporte coletivo. A população atendida é muito eclética, em aspectos sociais, culturais, intelectuais e econômicos, clientela desde classe média a extrema pobreza, pessoas com nível de ensino médio a analfabetos. Tendo uma visão generalista, nota-se que a maioria dos pacientes atendidos é de classe econômica baixa apresentam dificuldades intelectuais, sendo também a maioria dos frequentadores da unidade do sexo feminino, com faixa etária acima dos 20 anos de idade, verifica-se o elevado número de atendimentos assim retornos de idosos e pessoas próximas dos 60 anos, tendência que é sentida em outros segmentos da sociedade, levando-se em consideração o aumento da expectativa de vida, assim como a oferta de terapias, serviços, bens de consumo voltados a este público, outro ponto notório e o grande número de atendimentos para usuários crônicos, principalmente hipertensos, diabéticos, quadros depressivos também são de alta expressividade nos atendimentos. Usuários em sua grande maioria trabalhadores dos matos com doenças do sistema osteomioarticular, usuários não crônicos em sua grande maioria tem seu diagnóstico e tratamento e conseqüente resolução do problema, em apenas uma consulta médica.

Sendo a orientação e prevenção às prioridades na Atenção Básica de Saúde, se faz necessárias ações que contemplem desde gestantes, crianças, idosos, saúde da mulher, grupos específicos como diabéticos e hipertensos. No que se trata de crianças de 0 a 72 meses o enfoque principal refere-se à nutrição e vacinação, para este público vários aspectos podem ser melhorados e implantados, como por exemplo, a inserção de manuais técnicos que orientem e regulem ações educativas e qualitativas, monitoramento e avaliações regulares e efetivos; para gestantes o ESF segue registro específico, ações e monitoramento efetivo de todas as gestantes, trabalhamos de forma integrada com a Unidade Materno Infantil, priorizando e ofertando atendimento prioritário em ginecologia/obstetrícia, bem como outras especialidades de necessidade, assim como realização de exames referentes a cada período gestacional, até a realização do parto e puerpério; para idosos são desenvolvidas mais ações no sentido de reparação do que de prevenção, por ser uma clientela cada vez mais abundante e com novas necessidades há muito a ser feito para melhorar a qualidade de vida deste importante grupo, principalmente em educação e prevenção, alimentação, hábitos saudáveis, redução de patologias, acidentes, assim como mudar os hábitos e costumes de vida destas pessoas para que se sintam bem atendidas. No momento o ESF em parceria com o CRAS oferta

oficinas, jogos, atividades física e danças, assim como atendimento clínico; em saúde da mulher a Unidade oferece exames preventivos, consultas de enfermagem, realização de exame nas mamas, encaminhamento para realização de exame de mamografia, utilização e opção de métodos anticoncepcionais, desde comprimidos via oral e injetável, até métodos como DIU e diafragma. Muito já é oferecido, mas com certeza existe muito a fazer, em educação, prevenção, conscientização e planejamento, tendo em vista que na maioria das famílias a mulher desempenha papel fundamental, sendo assim, atenção a saúde da mulher é essencial. Pacientes de livre demanda são atendidos após passar por avaliação da enfermeira.

Reiterando a prevenção e orientação como funções fundamentais em Assistência Básica de Saúde, a realização de ações que visem a efetiva melhora na qualidade de vida da população atendida são fundamentais para o bom funcionamento da Unidade e real cumprimento de suas funções, atualmente são realizados grupos para hipertensos e diabéticos, tendo em vista o grande número de atendimentos para hipertensos, nesses encontros são abordados temas e orientações relativas à alimentação, atividade física, hábitos saudáveis entre outros. Também são realizados grupos para gestantes, para mães, todos buscando levar educação e conhecimento as grávidas e que elas estejam preparadas para a chegada do bebê, para que essa primeira etapa na vida das crianças seja o posterior desenvolvimento com uma saúde adequada.

A qualidade e aprimoramento no Sistema Único de Saúde é um desafio enorme e constante, em Estratégia Saúde da Família segue a mesma linha, acredito que educação, qualificação e conscientização são fatores determinantes para que ao menos o básico seja contemplado no que se refere à Atenção Básica de Saúde, para que muitas ações possam ser desenvolvidas é necessário investimento, gestão de qualidade, planejamento, comunicação e interdisciplinaridade e profissional, para que aconteça um atendimento de qualidade e solução efetiva dos problemas, gerando um ambiente de confiança, compromisso e respeito entre equipe profissional e população atendida.

Em relação na demanda espontânea aspecto que tivemos que trabalhar muito forte para que o atendimento chegasse a todos os usuários. Ao começo de minhas atividades no ESF observei que os usuários falavam que desde a madrugada ficavam aguardando para a consulta que era muito difícil obter uma ficha. Tivemos uma reunião com o gestor municipal, conjuntamente com o pessoal da saúde e as

lideranças comunitárias para acabar com as filas. Começamos a agendar as consultas, além disso, ficavam fichas para a demanda espontânea, sem ter em conta as avaliações que não entram nas consultas. Com isto tive muitas vantagens, acabou com as filas de espera durante a madrugada, garante o acesso de a consulta a mais pessoas, impede a comercialização o troca de fichas, diminui as reclamações dos usuários quanto à dificuldade e acesso.

Em relação na saúde da criança de 0-72 meses (indicador de cobertura 37%) se fizeram muitas ações entre as principais temos constar com um cadastro verdadeiro por agentes de saúde para ter um registro total de esta faixa etária, começar a estimulação a todas as mães do aleitamento materno exclusivo, insistindo em o controle o consulta de puericultura todo isto em relação com o pediatra da área, assim contribuir a diminuir os atendimentos pelo o pediatra e fazer medicina comunitária, criamos grupos de lactantes que favoreceu a prevenção de doenças, diminuiu os pacientes não vacinados, além de acidentes, isto foi possível com o trabalho sério de toda a equipe e o cumprimento do protocolo. No que se trata de crianças de 0 a 72 meses o enfoque principal refere-se à nutrição e vacinação, para este público vários aspectos podem ser melhorados e implantados, como por exemplo, a inserção de manuais técnicos que orientem e regulem ações educativas e qualitativas, monitoramento e avaliações regulares e efetivos.

Quanto ao pré-natal (indicador de cobertura de 29%) foi uma tarefa forte pois conseguimos resgatar a importância que o atendimentos e o seguimento feitos pelo médico comunitário, incrementou-se as palestras de aleitamento materno de uma forma de imunidade do futuro bebê, aumentou a captação precoce da gestante, diminuiu o índice de prematuridade, todo isto e possível pela competência de toda a equipe em relação a com as obstetras que juntos planejamos as atividades correspondentes. Para as gestantes a unidade de saúde segue registro específico, ações de monitoramento efetivo de todas as gestantes, trabalhamos de forma integrada com a unidade materno infantil, priorizando e ofertando atendimento prioritário em ginecologia e obstetrícia, assim como a realização de exames referentes a cada período gestacional ate a realização do parto e puerpério .

A ação programática referente à detecção do câncer do colo uterino (cobertura de 75%) e de mama (cobertura de 100%) não apresenta muitas dificuldades, pois as pacientes assistem espontaneamente ao serviço, temos um controle estrito de cada micro área das pacientes que estão pendentes de

mamografia e preventivo. Aqui cada agente de saúde e a máxima responsável para o resgate dessas pacientes; estimulamos a prática do autoexame de mama mensal, implantamos o seguimento estrito das pacientes com problemas para fazer avaliação frequente seguem protocolo. No momento o ESF em parceria com o CRAS oferta oficinas, jogos, atividades física e danças, assim como atendimento clínico; em saúde da mulher a Unidade oferece exames preventivos, consultas de enfermagem, realização de exame nas mamas, encaminhamento para realização de exame de mamografia, utilização e opção de métodos anticoncepcionais, desde comprimidos via oral e injetável, até métodos como DIU e diafragma. Muito já é oferecido, mas com certeza existe muito a fazer, em educação, prevenção, conscientização e planejamento, tendo em vista que na maioria das famílias a mulher desempenha papel fundamental, sendo assim, atenção a saúde da mulher é essencial. Pacientes de livre demanda são atendidos após passar por avaliação da enfermeira

Em relação aos diabéticos (cobertura de 30%) e hipertensos (cobertura de 25%) ação programática de muita importância pelo alto de mortalidade, fizemos muitas ações entre as principais almeja-se uma sistematicidade para o controle, que todos os pacientes retirem seus remédios pela farmácia do SUS, estimular a prática de exercício físico, orientação sobre alimentação saudável que todos os pacientes tenham uma ficha de atendimento adequada com exame clínico ao dia, entre outras ações. Aqui toda equipe em coordenação com as lideranças comunitárias temos buscado cumprir com o protocolo estabelecido. Já conseguimos grandes avanços, pois os usuários têm um acompanhamento adequado, aumentou o entusiasmo pelas atividades, aumentou a cultura sobre a cultura de promoção. A qualidade da atenção e dos registros para um acompanhamento certo são monitorados por toda a equipe isto garante uma melhor atenção.

Em relação aos idosos (cobertura 86%) seguindo o protocolo de atenção indicamos várias ações que garante uma boa qualidade, aqui a equipe fez um trabalho brilhante. Primeiro logrou-se o 100% cadastramento, visita a domiciliar a todos os acamados, fazer atividades em conjunto com o preparador físico, aos usuários com transtornos psicológicos foram incentivados a fazer trabalhos manuais, aos pacientes que moram sozinhos são visitados pela assistência social, agentes comunitários e o resto da equipe para fazer um seguimento certo e avaliação. Para os idosos são desenvolvidas mais ações no sentido de reparação do que de

prevenção, por ser uma clientela cada vez mais abundante e com novas necessidades, há muito a ser feito para melhorar a qualidade de vida deste importante grupo, principalmente em educação e prevenção, alimentação, hábitos saudáveis, redução de patologias, acidentes, assim como mudar os hábitos e costumes de vida destas pessoas para que se sintam bem atendidas.

Enquanto à saúde bucal, é o ponto mais fraco das ações programáticas, pois não contamos com odontólogo fixo, é um odontólogo para dois ESF. Falta material odontológico, mas apesar de tudo priorizamos os casos mais relevantes. Aumentamos as atividades de prevenção e promoção apesar de ter baixa cobertura dessa atenção.

Para finalizar direi que a equipe fez um trabalho meritório, digno de destacar, mantendo os princípios preconizados pelo SUS, e sempre tendo em conta os protocolos de atenção brasileiros.



Figura 1: Fotografia da UBS/ESF.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

Comparando os dois textos com certeza o segundo é mais completo, porque traz as informações mais detalhadas, com dados precisos, projeções do trabalho, as ações estão bem especificadas. Na primeira percepção da UBS tinha dificuldade com os maus hábitos alimentícios, uso excessivo de medicação, condições estruturais da Unidade de Saúde precárias, nenhuma percepção de risco, pouco conhecimento de doenças agudas. Estas já têm melhorado 70% através do trabalho preventivo e promoção pela equipe de saúde, além disso, os usuários tem criado uma melhor cultura sanitária, tem um bom controle das doenças crônicas pelo o seguimento nas consultas e nas atividades de prevenção e promoção.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. (BRASIL 2014)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2003, estima-se que o Brasil passe da oitava posição, com prevalência de 4,6% em 2000, para a sexta posição, 11,3%, em 2030. Acredita-se que tal incremento esteja associado com os fatores de riscos relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população. (BRASIL 2014)

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta as diversidades raciais, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Neste contexto, o Ministério de Saúde preconizar que sejam trabalhadas as modificações de estilos de vida, fundamentais no processo terapêutico em a prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo ao consumo de sal e ao controle do peso, a pratica de atividade física, ou abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamento. (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Tendo em conta o caderno de ações programáticas, a hipertensão tem uma cobertura de 25%, 310 cadastrados, de uma estimativa de 1218 usuários com

hipertensão arterial. Referente a diabetes contou ao principio com cobertura de 30%, 106 pacientes cadastrados, de uma estimativa de 348 usuários diabéticos.

A ESF Mariano Rocha é uma unidade adaptada, possui duas equipes, e a estrutura não é adequada para um perfeito funcionamento de uma Unidade de Saúde, porém já está sendo reestruturada. A equipe que será realizada a intervenção, esta constituída por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, apenas cinco agentes comunitários de saúde, uma micro área encontra-se descoberta por falta de profissional.

Na área de abrangência da minha UBS tem um total de população de 5.450 pessoas. Com base em uma análise situacional estima que existam cerca de 1.218 pessoas com 20 anos ou mais portadoras de hipertensão e 348 pessoas com 20 anos ou mais portadoras de diabetes. Entretanto, apenas 310 pessoas com hipertensão e 106 pessoas com diabetes são acompanhadas na UBS.

Anteriormente ao início do curso de especialização do profissional do Programa Mais Médico na UBS, o atendimento para controle da Hipertensão e Diabetes era precário, apenas realizava-se renovação de receitas e tratamento de complicações agudas, inexistindo ações de prevenção e promoção da saúde, portanto eram frequentes as complicações decorrentes destas patologias.

As principais dificuldades que temos, primeiramente, são os recursos humanos, pois a equipe de trabalho não esta completa. Posteriormente, as limitações materiais, como a falta de transporte, necessários para desenvolver as atividades nas comunidades. Todavia, contamos com uma equipe disposta a contribuir com as melhorias para o serviço, e contamos também com outros atores sociais para contribuir com as ações de saúde no município.

Diante do exposto, fazem-se necessários organizar as ações de controle da Hipertensão e Diabetes e melhorar a qualidade do atendimento na unidade de saúde. Implantando ações que possam contribuir na mudança de hábitos mais saudáveis e assim diminuir as complicações decorrentes destas patologias, para uma melhor qualidade de vida das pessoas com hipertensão e diabetes em nossa comunidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na ESF Mariano da Rocha, Encruzilhada do Sul/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Objetivo 1:

Meta 1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 2. Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2:

Meta 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3:

Meta 11. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4:

Meta 13. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5:

Meta 15. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6:

Meta 17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

A realização desta intervenção contará com o apoio da equipe de saúde da unidade para o alcance das metas propostas. Para isso serão utilizados protocolos do Ministério da Saúde para controle da Hipertensão e Diabetes, a fim de capacitar e aprimorar os conhecimentos dos profissionais de saúde, promover trocas de saberes profissionais, promovendo assim a prevenção de agravos e melhorias na saúde da população.

A temática deverá abordar principalmente a sistematização das ações desta linha programática na UBS, por meio da adesão ao tratamento não medicamentoso, que aliado ao tratamento medicamentoso produz um resultado mais eficaz na manutenção dos níveis pressóricos e glicêmicos da população.

A intervenção será realizada no período de 4 meses do 2 de março ao 12 de junho do 2015 e será dividida em 16 semanas conforme cronograma.

2.3.1 Ações

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

Monitoramento e avaliação:

Ações:

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

Detalhamento Fazer o cadastramento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos residentes na área de cobertura e avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade.

Apoiar a divulgação por meios de comunicação à assistência dos pacientes novos na área de abrangência ao posto para fazer também cadastramento deles.

Organização e gestão do serviço

Ações:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa;

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS;

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde;

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa;
Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes;
Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos será responsável na atendente e a coordenadora do posto onde levaram o controle de pacientes cadastrados ,com apoio de as agentes de saúde do área de abrangência .Para garantir os matérias adequados serão os responsáveis coordenadora ,enfermeira e técnica de enfermagem as quais velaram pelo o estado e funcionamento de os distintos matérias utilizados, sempre fazendo uma avaliação todos os dias porque podem estar inutilizados qualquer material para ser substituídos ao momento. O acolhimento é responsabilidade de todo da equipe desde o atendente ate o medico porque do bom acolhimento depende do êxito de a investigação. Os pacientes diabéticos e hipertensos já conhecidos de segunda a sexta feira tem agendamento de um jeito muito organizado e os casos novos que apareçam seja em visita domiciliar ou pacientes por demanda espontânea serão avaliados , indicaríamos os exames e entram ao projeto.

Engajamento público

Ações:

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

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

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

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

Detalhamento:

Os espaços utilizados vão ser nos grupos Hiperdia, nas consultas, nas visitas domiciliares, e demais espaços anteriormente falados como são na radio, nas palestras à comunidade e que serão feitos acorde com o cronograma estabelecido para a realização da intervenção uma vez por mês. Também incrementar nos grupos de hipertensos e diabéticos em quantidade e frequência atividade. Aqui os gestores

principais são o pessoal médico e paramédico (médico, enfermeira e técnica de enfermagem), aqui tem que fazer uma explicação bem simples que possam compreender como medir a tensão arterial, as precauções que há que ter e nas regiões em que pode ser medida. Isto levava várias sessões de prática e uma avaliação final para demonstrar que o conhecimento foi compreendido. Além as agentes comunitárias serão as responsáveis de divulgar em suas respectivas áreas a importância do rastreamento de possível diabética e hipertensa, assim como orientaram na comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica

Ações:

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

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

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

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

Detalhamento:

Treinamento a toda equipe de saúde que vai participar da intervenção de saúde. Todo o pessoal envolvido na realização do projeto receberá o treinamento teórico prático de hipertensão e diabetes utilizando os protocolos brasileiros, isto será de forma clara, de forma tal que chegue o explicado a todo os integrantes da equipe estejam preparados e prontos para na etapa de intervenção. Os responsáveis são médico, enfermeira e técnica de enfermagem sempre nos horários e no local de reuniões do ESF.

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

Monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos. -
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos. --
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Estas ações serão monitoradas através do registro da ficha espelho e planilha de coleta de dados. Para posteriormente subsidiar as discussões de planejamento e avaliação da ação programática em equipe.

Organização e gestão do serviço

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Durante reunião de equipe serão pactuadas as atribuições de cada membro referente à intervenção e o planejamento das capacitações conforme cronograma do curso que vai ser acorde com a realidade existente.

Ações:

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico como gestor principal do desenvolvimento do projeto deve garantir o material atualizado dos temas que serão discutidos pela equipe de saúde para incrementar os conhecimentos básicos dos participantes no projeto.

Levar-se-á a reunião com gestor de saúde municipal mensalmente a quantidade de exames que deverão ser feitos semanalmente dos pacientes hipertensos e diabéticos que estão participando do projeto para garantir a continuidade do trabalho.

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

Detalhamento: A equipe se reunirá conforme o protocolo com os gestores tratar assuntos relacionados aos exames requisitados, que nem sempre serão feitos em tempo hábil, devidos à dificuldade de conseguirem a quotas, para que os pacientes não precisem pagar pelos exames, nas UBS não há informação de quantas quotas gratuitas o município disponibiliza, o ideal seria que essa informação fosse atualizada e enviada aos médicos semanalmente, facilitando assim os pedidos de exames.

Ações:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Como se falou anteriormente se fará a coordenação prévia com o gestor municipal de saúde em reunião mensal para garantir que os pacientes que estão participando no projeto de intervenção tenham garantido a realização dos exames completos semanalmente.

Quando se faz a coordenação para garantir a realização dos exames vai garantir um sistema de notificação com os laboratórios clínicos para dar prioridade aqueles que fiquem alterados e assim uma resposta imediata ao paciente.

Ações

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira e técnica de enfermagem farão o controle do estoque dos medicamentos semanalmente conforme predisposição dos pacientes que estão sendo acompanhados no projeto.

Ações:

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Semanalmente faremos um balanço de como serviço de odontologia para levar um controle de as quantidades de pacientes atendidos já seja diabéticos ou hipertensos que precisam de atenção odontológica, neste balance será todas as segundas-feiras no horário da manhã.

Engajamento público

Ações

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

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

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

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

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

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

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

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

Detalhamento:

Realizar que em cada reunião do grupo de hipertensos e diabéticos os pacientes conheçam por meio de falas educativas, a importância do controle dessas doenças, os riscos e as possíveis complicações, assim como a necessidade de fazer o tratamento adequadamente, manter os exames em dia e avaliação bucal. Aqui participara todo o equipe e cada integrante fara uma conversa breve com os pacientes implicados de um jato tal que o paciente tenha na informação adequada em quanto a sua doença, medicamentos a utilizar, além de a importância de não parar por conta o tratamento e na disponibilidade de os medicamentos tanto em o posto como na farmácia popula Os pacientes serão orientados durante as consultas pelos profissionais de saúde e na sala de espera.

Qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento:

Preparar a equipe pelo Protocolo na Atenção Básica da Saúde de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Já havia explicado anteriormente que na preparação do pessoal atuante tem que ser por os protocolos de na atenção básica para garantir a

qualidade de na intervenção. Fara se em local de reuniões do ESF responsáveis enfermeira, técnica e médico.

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

Monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos previstos no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

Avaliar a frequência dos pacientes nas consultas agendadas. A atendente será a responsável, detalhando a quantidade de pacientes agendados, quantos assistem a consulta e e reunião semanal informará a equipe para planejamento da busca dos faltosos. Também será realizado um levantamento dos dados referentes ao preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Ações

Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos.

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

Detalhamento:

As buscas ativas serão programadas durante reunião de equipe, onde será discutido os agendamentos em horários que se adeque a realidade do usuário. Garantir agendamento de consulta para primeira avaliação na mesma semana dos casos novos de hipertensos e diabéticos encontrados nas visitas domiciliares, realizado pelos agentes de saúde que diante as visitas domiciliares farão uma pesquisa e informaram diariamente os novos casos para fazer Ihe posteriormente o controle das consultas.

Engajamento público

Ações

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas

Detalhamento:

Debater na sala de espera e realizar reunião com a participação dos comunitários, sensibilizando quanto –importância da prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, os riscos e as complicações destas doenças.

Qualificação da prática clínica

Ações

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

Detalhamento:

Garantir a capacitação dos ACS pelo protocolo da Atenção Básica de Saúde. Que será realizada no horário de reunião da UBS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Ação:

Monitoramento e avaliação

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

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

Detalhamento:

Avaliar, monitorar e organizar juntamente com a equipe do ESF as fichas e os prontuários dos hipertensos e diabéticos. Com a ajuda de na atendente e agentes comunitários farão na organização de as fichas e prontuários para garantir um fluxo melhor em na atenção de os pacientes. E por intermédio da ficha espelho e planilha de coleta de dados, obter informações para serem discutidas em equipe.

Organização e gestão do serviço.

Ações

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento do hipertenso e diabético.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento:

Garantir prontuários e fichas de acompanhamento dos pacientes diabéticos e hipertensos seja atualizado diariamente, semanalmente e mensalmente, a atendente será responsável de informar com na periodicidade requerida a situação das fichas e prontuários.

Engajamento público

Ações

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

Detalhamento:

Garantir que a cada palestra do grupo de hipertensos e diabéticos sejam esclarecidos os direitos que esses pacientes possuem em relação ao acompanhamento de sua saúde Responsável enfermeira e técnico de enfermagem. Será abordado também durante as consultas e na sala de espera.

Qualificação da prática clínica

Ações

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

Garantir a capacitação da equipe do ESF no horário de reunião na UBS, para que realizem todos os registros necessários ao acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos. Sensibilizando todos os membros da equipe quanto à importância de garantir que todos os procedimentos realizados em consultas com os pacientes fiquem registrados em seu prontuário. Responsável médico.

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

Monitoramento e avaliação

Ações:

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

Detalhamento:

Avaliar o paciente em cada consulta agendada, mediante exame físico, laboratoriais, lesão dos órgãos alvos e o estado nutricional. O médico fará um exame físico profundo e determinará as possíveis complicações e afetações a órgãos vitais, registrando no prontuário, ficha espelho e planilha de coleta de dados e informando a equipe de saúde para avaliação da ação programática.

Organização e gestão do serviço

Ações

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Os pacientes classificados como alto risco terão os prontuários identificados com uma cor padronizada, e quando chegarem na UBS terão prioridade no atendimento.

-

Engajamento público

Ações

Orientar os usuários hipertensos e diabéticos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento:

Realizar palestras mensais para a comunidade sobre fatores de risco (alimentação, hábitos tóxicos, práticas de exercícios físicos) da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, no grupo do Hiperdia, diariamente na sala de espera e durante as consultas. O responsável e o médico e os demais membros na realização das palestras para difundir toda a informação referente a alimentação, hábitos tóxicos e práticas de exercícios físicos, sua importância para manter uma vida saudável.

Qualificação da prática clínica

Ações

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento:

A equipe será capacitada nos horários de reunião na UBS.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Monitoramento e avaliação

Ações

-Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

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

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

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

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

-Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

-Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento:

À medida que estas ações forem sendo realizadas pelos membros da equipe, será registrada na ficha espelho e planilha de coleta de dados, para subsidiar a avaliação da ação programática na UBS. Garantir avaliação multidisciplinar (nutricionista, psicólogo, odontólogo e educador físico) dos hipertensos e diabéticos. Isto ocorrerá quinquenalmente em o posto pero o pessoal antes mencionado médico como responsável.

Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

Garantir o envolvimento de toda comunidade e as instituições de diferentes níveis de saúde para facilitar a realização das diferentes atividades propostas. O preparador físico e na nutricionista serão os encargados de fazer palestras para incentivar na pratica de exercício físico e na nutricionista para indicar-lhe a os pacientes como deve ser uma dieta adequada. O medico para garantir o bom atendimento contara como mínimo de 20 minutos de consulta para fazer um bom exame físico e orientar-lhes e esclarecer duvidas que os pacientes apresentem.

Engajamento público

Ações

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

Detalhamento:

Realizar palestras educativas. Todo o equipe estará envolvidos em cada palestra, além participaram pacientes e familiares, onde cada membro de maneira clara falara sobre na importância de manter uma alimentação correta, na higiene bucal, além de eliminar o tabagismo, nestas palestras serão efetuadas de acordo na planificação. Também serão abordados na sala de espera.

Qualificação da prática clínica

Ações

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

Detalhamento:

Preparar a equipe para que sejam promotores de saúde e que de uma forma simples possam chegar a cada pessoa dependendo de cada nível cultural. Aqui já havíamos falado anteriormente, será periodicamente em o ESF com uma avaliação final antes de entrar na etapa de intervenção.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1- Cadastrar 85 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 1.2- Cadastrar 65 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos (86).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde (310).

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar os Protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos as fichas do novo cadastramento disponíveis no posto–pelas agentes comunitárias, assim como os prontuários dos pacientes já cadastrados antigamente. As fichas não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, saúde nutricional, pratica de atividades físicas regulares, estratificação de riscos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção o cadastramento dos 65% dos pacientes hipertensos e o 85 % dos pacientes diabéticos, melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor dos recursos materiais (folhas, canetas, toner para impressora) necessários para complementar nossa intervenção. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará as fichas novas de cadastramento feitas pelas agentes comunitárias de saúde identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários dos hipertensos e diabéticos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha complementar. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, exame físico dos pés e

palpação do pulso tibial posterior e pedioso. Esse monitoramento será realizado semanalmente pela enfermeira da equipe.

O monitoramento do número de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados vão ser feito semanalmente, em uma hora disponibilizada das 4 às 5 horas da tarde de todas as terças-feiras pelo médico como responsável principalmente e toda a equipe conjuntamente que vai ser efetuado na sala de reunião do posto.

Os materiais necessários para aferição da pressão arterial e glicemia, serão solicitados pela secretaria da UBS.

Para informar a comunidade a informação da intervenção será feita por diferentes meios de comunicação assim como os objetivos propostos. A enfermeira ficará responsável por levar a comunidade essas informações com mais detalhes a principio todas as segundas-feiras, ou seja, semanalmente.

Diariamente na sala de espera faremos com os pacientes na unidade de saúde palestras educativas onde se utilizarão meios para a maior compreensão da população sobre a importância de fazer tratamento correto, os critérios da solicitação de exames, os riscos destas doenças, as complicações mais frequentes e a importância de ter um controle periódico nas consultas para prever a aparição de complicações.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os Protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção os hipertensos e diabéticos. Todas as capacitações com a equipe ocorrerá sempre na UBS, para no horário reservado para a reunião de equipe todas as terças-feiras de cada semana, cada integrante da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe como uma forma de avaliação de conhecimentos.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com complicações agudas decorrentes da diabetes e hipertensão serão atendidos no mesmo turno. Os que buscarem o serviço para consulta de rotina, terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor que 3 dias. Os hipertensos e diabéticos que vierem para consulta sairão da UBS com o retorno agendado

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS. Sobre o protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	x	x	X	x												
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programada.	X															
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa.	x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância de cada ação programada e solicitando apoio para o cadastramento de hipertensos e diabéticos e as demais estratégias que serão implementadas no projeto de intervenção.		X				x				x			X			
Grupo de Hipertensos e diabéticos.		x			x			x			x			X		

3. Relatório da intervenção

A intervenção que visou à melhoria da atenção à saúde das pessoas com diabetes e/ou hipertensão, no ESF Mariano da Rocha, Encruzilhada do Sul/RS, aconteceu entre os meses de maio a julho do ano de 2015. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas. Neste meio, a intervenção teve uma significativa modificação e foi realizada em 12 semanas presenciais por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar ao Calendário da Turma 7, já que houve a realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil, entre os dias 19 de dezembro de 2014 a 19 de janeiro de 2015. As metas estabelecidas no projeto também previam a realização da intervenção em 16 semanas, sendo adaptadas para o transcurso das doze semanas presenciais.

3.1 As ações previstas e desenvolvidas

Ao finalizar a coleta de dados do projeto de intervenção temos muito prazer em resumir o trabalho feito pela equipe toda. Foram 12 semanas de coleta de dados e de muito trabalho, ainda não chegamos à meta proposta, mas estamos satisfeitos com os resultados alcançados e daremos continuidade para que sejam atendidos, todos os usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência. Para isto, temos como objetivo continuar com o trabalho depois de concluído a intervenção para o Curso e ter incluídas as ações na rotina diária de trabalho do Serviço.

Todas as ações planejadas foram realizadas em tempo com algumas dificuldades que tivemos que enfrentar e resolver. Nosso objetivo era cadastrar mais de 85% da área de abrangência, mas não foi possível. Embora isto, acreditamos que com a rotina diária da intervenção dentro das atividades da UBS vai ser possível em curto tempo este êxito.

A capacitação da equipe sobre o protocolo de hipertensão e diabetes foi realizada na primeira semana de intervenção. Onde discutimos sobre a importância da intervenção e como iria ocorrer, ministrada pelo médico da equipe.

No início a equipe não acreditava que conseguiriam desenvolver este trabalho, devido ao perfil dos usuários, procuram mais a UBS para ações curativas, não estão sensibilizados quanto à importância das ações de prevenção, Outra preocupação da equipe, estava relacionada ao quantitativo de comunitário (5.450 pessoas), onde a assistência ocupa o maior tempo de trabalho.—Ao final da capacitação, tínhamos a confiança em que poderia ser realizado, e que isto é uma tarefa da UBS do dia a dia.

O segundo momento de destaque foi a capacitação dos agentes comunitários sobre o cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência. Isto também teve certa discordância, porém nada que atrapalhou o objetivo do projeto. As profissionais foram muito receptivas e entenderam porque era necessário e importante realizar o cadastramento. A capacitação da equipe sobre acolhimento, cadastramento e política nacional de humanização foi realizada na quarta-feira da primeira semana, onde ficou responsável pelo acolhimento toda equipe, do cadastramento as agentes comunitárias e do preenchimento dos dados nas planilhas a enfermeira e a médico.

O treinamento da equipe sobre a avaliação multidimensional foi feita sexta-feira da primeira semana, onde foi definido o papel de cada membro. Aqui só dificultou um pouco o serviço de psicologia que foi muito instável durante o trabalho, porém com ajuda do psicólogo Alexandre, realizando ações relacionadas à saúde mental dos usuários hipertensos e diabéticos conseguimos resolver.

Nesta primeira semana foi muito o trabalho para organizar e preparar o pessoal e foi possível com o empenho e interesse que mostraram todos os membros. O cadastramento começou rápido porque os agentes comunitários em número de cinco, tinham os registros dos usuários com deficiências de locomoção e acamados e tivemos a participação dos colaboradores da comunidade, sendo cinco no total. Eles ajudaram muito sobre todo com os usuários faltosos às consultas e pacientes que não realizaram exames.

Também, já tínhamos dialogado com o secretário de saúde do município para a logística e apoio nas dificuldades que se apresentarem e foi muito bem acolhido e apoiado. Embora estando dois meses sem secretário, todas as

inquietudes relacionadas a estes os usuários foram transmitidas e resolvidas. Persistem algumas dificuldades, como a falta de especialista fundamentais na atenção as pessoas com hipertensão e diabetes como cardiologista, urologista, endocrinologista, oftalmologista, que são as que mais deslocam pacientes diariamente no município.

Além disto, enfrentamos a demora no recebimento dos resultados dos exames e medicamentos da farmácia do SUS, que muitas vezes não tem os que precisam ser comprados pelos usuários.

A avaliação clínica dos usuários foi feita diariamente, assim como as demais ações descritas na ficha espelho e planilha de coleta de dados. As pessoas tinham pouco conhecimento de seus direitos, da prevenção e promoção em saúde, de atenção bucal e os usuários não estavam acostumados com visitas domiciliares e com o médico da comunidade se preocupando com sua alimentação, se apresentam problemas pessoais entre outros, porém, isto foi mudando e com o trabalho da equipe sentiram-se acolhidos, podendo dialogar sobre suas dúvidas e serem orientados sobre suas patologias, aprendendo a conviver com sua doença de forma saudável.

As ações educativas na sala de espera pelas consultas começaram na primeira semana. Este foi o cenário mais aproveitado pela equipe para divulgar os objetivos da equipe com a intervenção e suas vantagens para as pessoas com hipertensão e diabetes, feita pela enfermeira, a técnica enfermagem e eu. Quatro dias por semana fizemos as atividades. Depois, as palestras na comunidade foram caracterizadas como outro cenário importante para dar a conhecer a importância da intervenção, a periodicidade dos exames, cuidados aos acamados ou com dificuldades de locomoção, fragilizados, com rede social deficiente e com risco de morbimortalidade. Foram feitas duas palestras na comunidade sempre organizadas pelos agentes comunitários e colaboradores, contando com a colaboração de toda a equipe na logística.

Também, nestas palestras falamos sobre prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, de alimentação saudável, importância de realizarem exercícios físicos, imunização, e consumo excessivo de medicamentos e automedicação, temas muito discutidos na comunidade e acolhidos pela população alvo.

Ainda estão pendentes, a reunião com a comunidade para divulgar os resultados da intervenção e explicar que as ações implementadas com a intervenção, estão incorporadas ao cotidiano da UBS, cuja meta é acompanhar 100% dos usuários com hipertensão e diabetes da comunidade.

Todas as ações foram desenvolvidas no projeto, sendo umas com mais facilidades que outras. A realização de exames foi discutida com o secretário de saúde por causa dos gastos do município, não temos laboratórios estatais e todos os exames tem que serem pagos. As maiores facilidades para realizar o trabalho foram: o interesse da equipe e apoio da comunidade, da Secretaria de Saúde na logística e o empenho dos agentes comunitários.

As principais dificuldades foram: a pouca material odontológico para o atendimento integral, dois meses sem secretário de saúde para tramitar as queixas dos pacientes, as férias no meio da intervenção, que além de não atrapalhar porque a equipe continuou, a intensidade do trabalho diminui um pouco.

Permanecem a insatisfações dos usuários pela Secretaria de Saúde que são interfaces que se distância da governabilidade da equipe. A que a intervenção conscientizou todos da Equipe, mas devido à crise que há na economia fizemos uma estratégia de trabalho para que todos os pacientes envolvidos no projeto ficassem com os exames prontos. Orientamos quanto a periodicidade para realização dos exames aos usuários. E solicitamos os exames realmente necessários para cada usuário cadastrado no programa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante toda a intervenção não houve ações que não foram possíveis realizadas. No decorrer das atividades sempre tivemos em perspectiva que se não era possível desenvolvê-las nos prazos estabelecidos para serem realizadas, faríamos nas semanas próximas, conseguindo cumprir integralmente o cronograma proposto no projeto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

O trabalho de preenchimento de planilhas de coleta de dados motivou interesse da Equipe em continuar, procurando atingir os 100% dos usuários da área

de abrangência dentro do Programa, já que ficamos em um 70% de cadastramento e estamos com a perspectiva de continuidade na rotina diária da Unidade de Saúde.

O preenchimento das planilhas de coleta de dados nas primeiras semanas foi complicado por falta de compreensão, isto é os executantes e a equipe não entendiam bem com preencher os formulários, porém foi realizado um treinamento muito intenso com todos para que a coleta de dados ficasse o mais correta possível.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação das ações previstas na intervenção foi implementada na rotina diária do trabalho da equipe com a finalidade de dar continuidade à ação programática escolhida. Mesmo com a finalização do curso, há o compromisso na continuidade das ações para alcançarmos a meta proposta, em que os usuários com hipertensão e diabetes de nossa área terão o atendimento de qualidade e eficiência que merecem para a melhoria da sua qualidade de vida.

4. Avaliação da Intervenção

A avaliação da intervenção compreende uma das partes da Unidade 4 do Curso. Todo o processo envolve analisar aspectos pertinentes da Atenção Básica contextualizada na intervenção e os enfrentamentos oportunizados durante a execução das atividades nas doze semanas de intervenção, considerando as especificidades da Turma 7 e do acompanhamento do Programa Mais Médicos.

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com diabetes e/ou hipertensão. Na área adstrita no ESF Mariano da Rocha, sabendo que a população diabética estimada para a área era de 204, apresentamos o total de 115 cadastrados, e a população hipertensa estimada foi de 829, apresentamos o total de 320 cadastrados.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde das Pessoas com diabetes e hipertensão.

Meta: Ampliar a cobertura de atenção à saúde das pessoas com diabetes e hipertensão ao 100%.

Indicador: Número de diabéticos e hipertensos cadastrados no programa entre número de diabéticos e hipertensos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Da intervenção não foi possível atingir a meta, conforme as figuras 2 e 3. Porém, acompanhamos no primeiro mês 155 diabéticos (25%), no segundo mês 74 (36,3%), no terceiro mês 115 (56,4%). A respeito aos pacientes hipertensos, acompanhamos no primeiro mês 155 usuários (18,7%) , no segundo mês 224 pacientes (27%) e no terceiro mês 320 pacientes (38,6%).

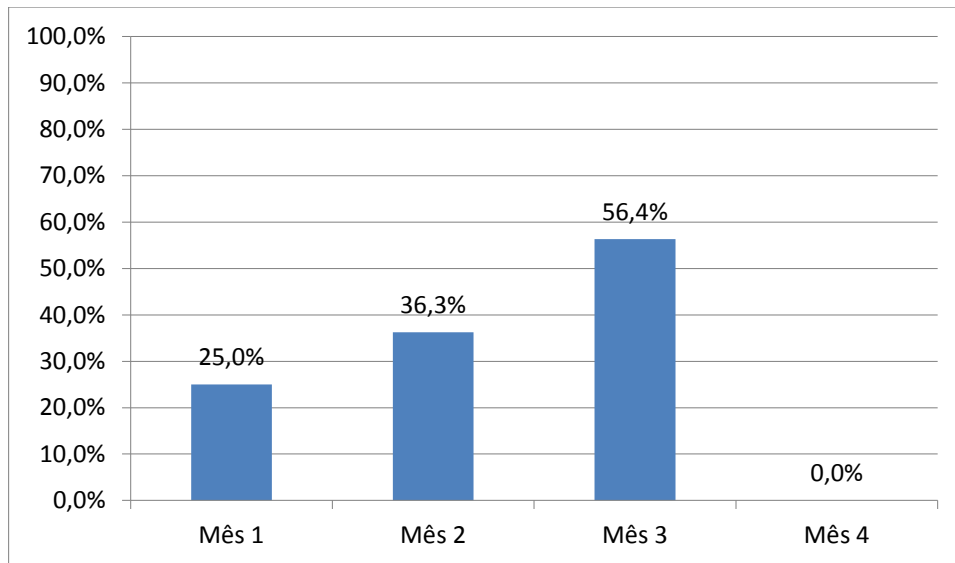


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
Fonte: Planilha coleta de dados 2015

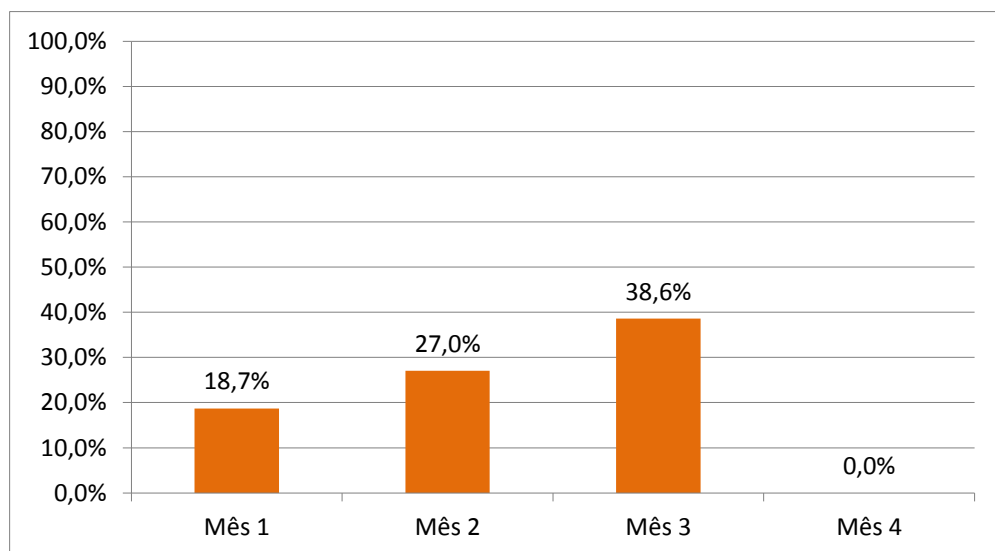


Figura 3 :Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
Fonte: Planilha coleta de dados 2015

Apesar de não termos alcançado as metas anteriormente estabelecidas, os resultados foram positivos, pois anteriormente inexistia um acompanhamento contínuo dos usuários na ESF. Atualmente com a inserção do profissional do Programa Mais Médicos, possibilitou o acompanhamento sistemático destes usuários no programa. Contribuíram também para o alcance destes resultados a organização do trabalho da equipe com a intervenção e o cadastramento dos

usuários diabéticos e hipertensos da área de abrangência pelos agentes comunitários de saúde

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários diabéticos e hipertensos na Unidade de Saúde.

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas.

Indicador: Número de usuários diabéticos e hipertensos com exame clínico apropriado em dia entre número de usuários diabéticos e hipertensos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Neste indicador podemos perceber, conforme as figuras 4 e 5, que no primeiro mês de 51 diabéticos cadastrados tinham exame clínico em dia 50 (98%), no segundo mês de 74 diabéticos, 71 (95,9%), no terceiro mês de 115 cadastrados, 112 (97,4%) tinha exame periódico em dia. Quanto aos usuários hipertensos se comportou da seguinte maneira, primeiro mês 155 cadastrados, 151 com exame clínico em dia (97,4%), no segundo mês 224, 219 (93,5%), no terceiro mês 320, 310 (96,9%).

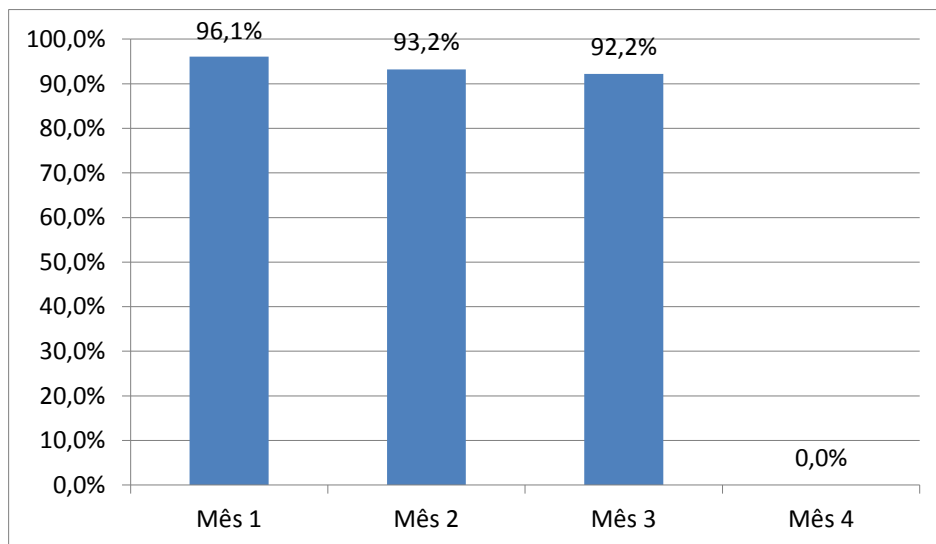


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

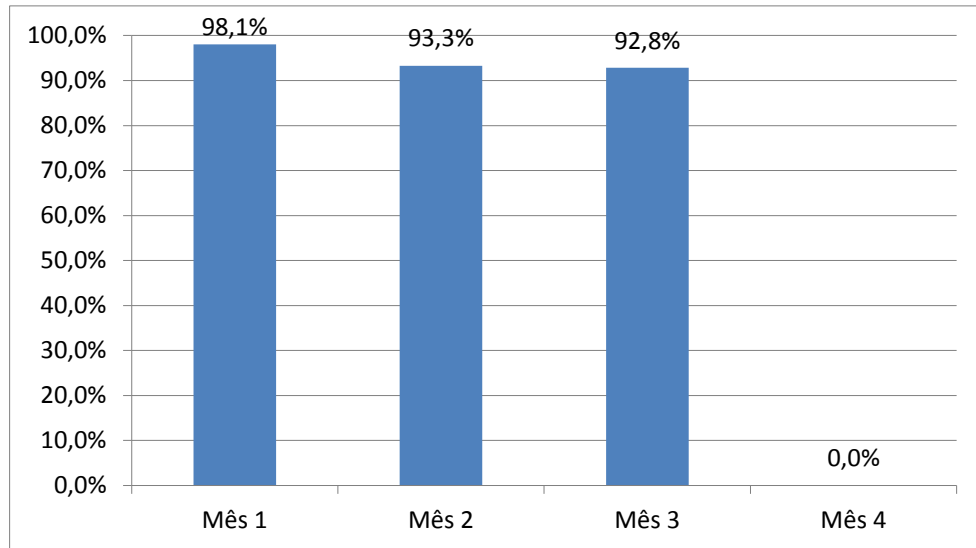


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

. Percebo que foi um percentual bastante favorável, já que temos que ter em conta que não todos os usuários chegam até a UBS. Muitos são atendidos em consultas particulares. Embora este fato, muitos deles a partir deste trabalho de intervenção feito pela equipe conseguimos que começassem acompanhamento pela UBS. Neste aspecto tivemos muito a ajuda de pessoas colaboradoras da comunidade junto com o trabalho das ACS e o resto da equipe.

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

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

De acordo com as figuras 6 e 7, no primeiro mês de 51 diabéticos 49 (96,1%) tinham exames complementares em dia, no segundo mês 74 diabéticos de 69 (93,2%) tinham exames complementares em dia para, no terceiro mês de 115 diabéticos 106 (92,2%) tinham exames complementares em dia. Referente aos hipertensos no primeiro mês 155 cadastrados 151 (98,1%), no segundo mês 224 cadastrados, 209 (93,3%), o terceiro mês 320 cadastrados, 297(92,8%). e na UBS com o acolhimento na unidade.

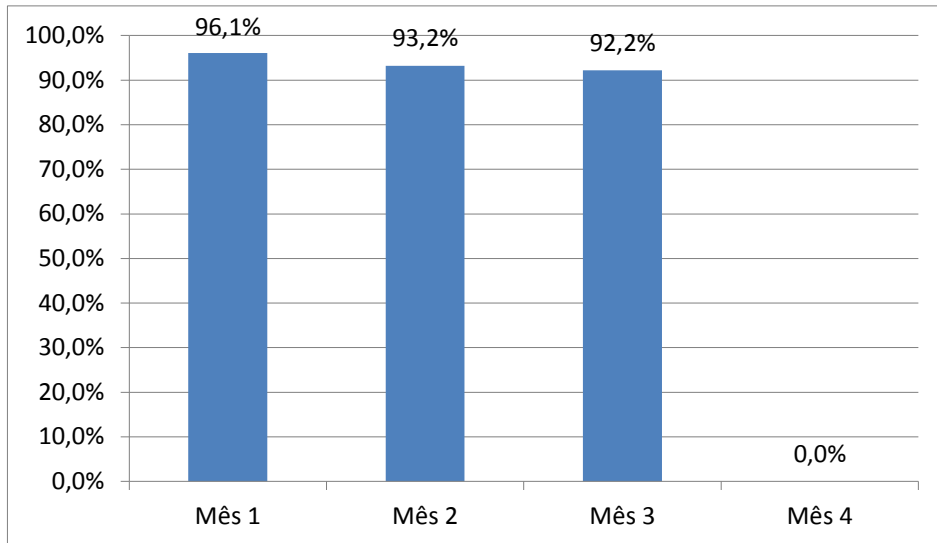


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

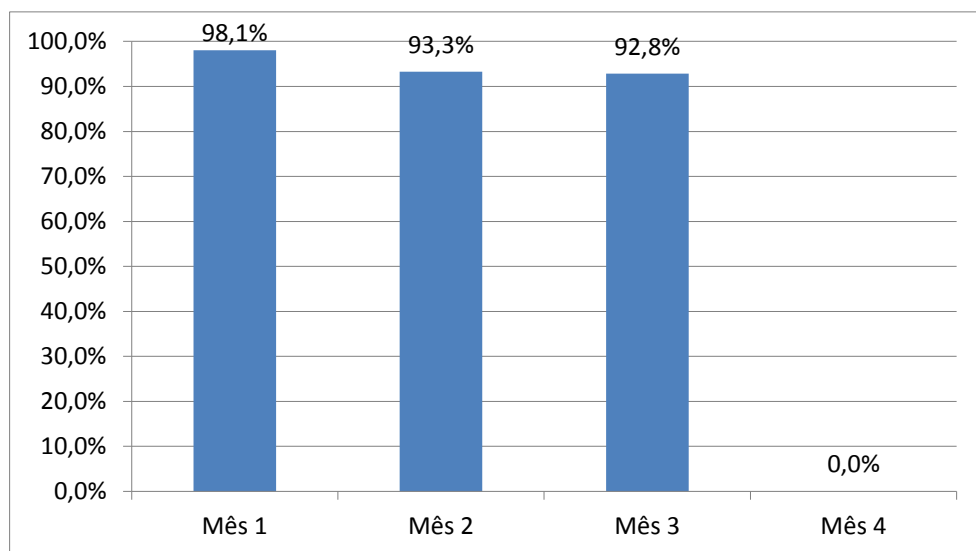


Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

Neste indicador atingimos um percentual muito bom de hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares periódicos em dia ao final da intervenção. Conseguimos isto com a programação de retorno à consulta dos usuários diabéticos e hipertensos para acompanhamento e aqueles que não voltavam em tempo foram citados com a busca nas casas das agentes de saúde.

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos diabéticos e hipertensos.

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

No indicador relacionado com a quantidade de diabéticos e hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, em conformidade com as figuras 8 e 9, dos 44 diabéticos cadastrados no primeiro mês 42 (95,5%) usam medicamentos da farmácia, no segundo mês de 67 cadastrados, 65 utilizam medicamento da farmácia popular (97%), no terceiro mês de 108 (98,1%). Referente aos usuários hipertensos no primeiro mês 147 cadastrados, 141 (95,9%), no segundo mês 216, 207(95,8%), no terceiro mês 312 (96,8%).

Este indicador foi possível devido ao trabalho de toda a equipe, na constância, na estabilidade do médico, e ao programa de prevenção que foi feito para que todos os pacientes assistidos tenham um tratamento adequado utilizando a farmácia do SUS.

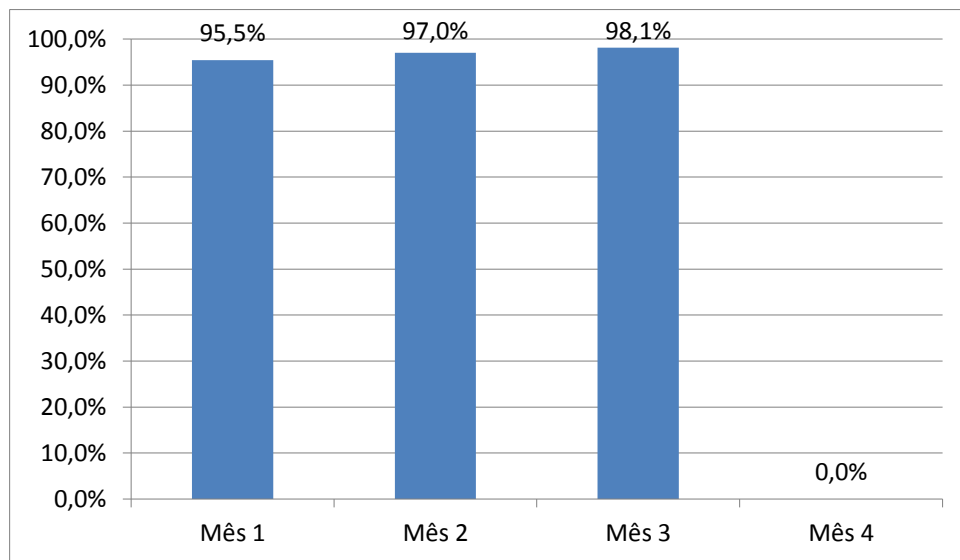


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

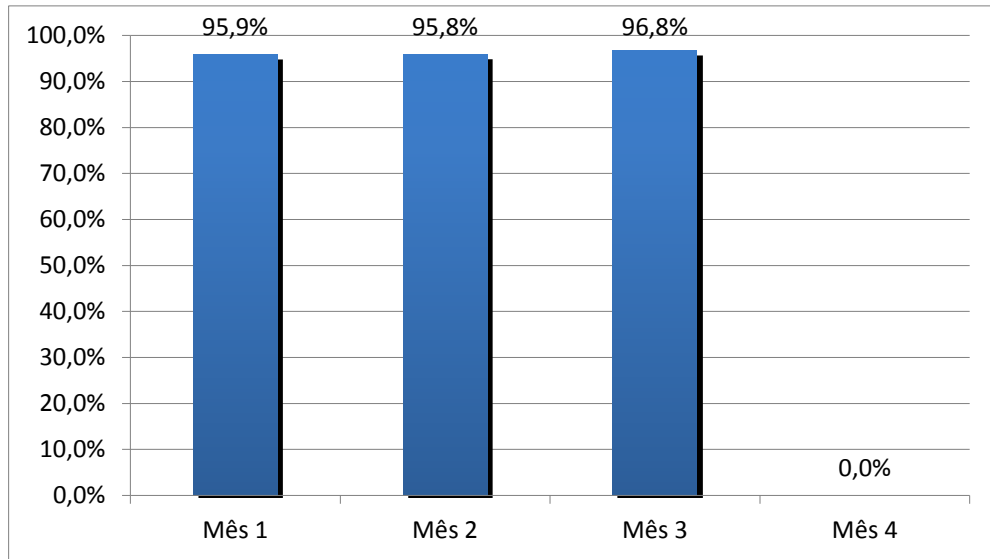


Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários diabéticos e hipertensos.

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

No indicador relacionado aos pacientes diabéticos e hipertensos avaliados para necessidade de atendimento odontológico, a partir dos cadastrados por mês, conforme as figuras 10 e 11 obteve-se no primeiro mês (diabéticos) um total de 51 cadastrados, 51 (100%) usuários avaliados, no segundo mês mais 37 e 100% dos usuários avaliados, no terceiro mês 78 e 100% avaliados. Referente aos hipertensos o primeiro mês dos 155 cadastrados, 155 (100%), no segundo mês dos 224 cadastrados 100%, e o terceiro mês dos 320 cadastrados também 100% avaliados.

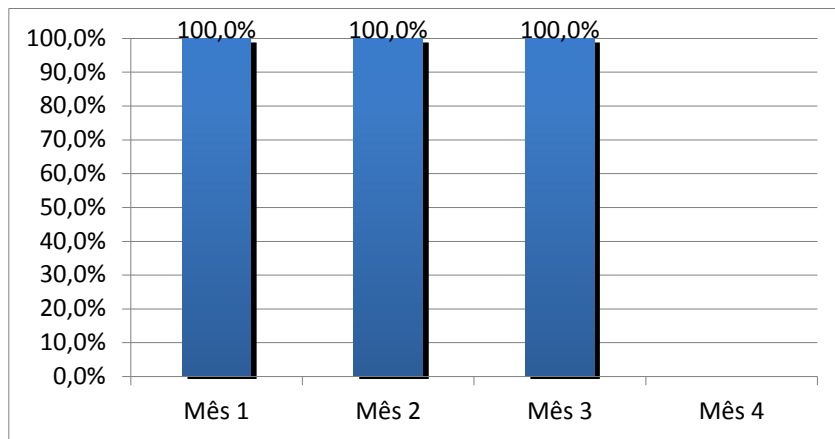


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

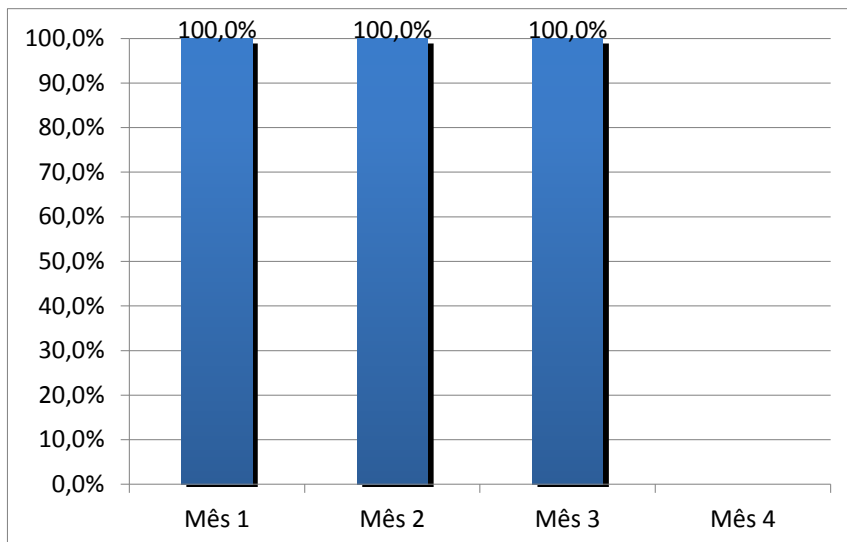


Figura 11: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

Neste indicador ficamos com percentual baixo pela pouca frequência do odontólogo na UBS, só duas vezes por semana, onde tem que dar assistência a todos os usuários e o fluxo foi considerado muito grande.

Aqui percebemos sérias dificuldades, pois muitos usuários foram acompanhados na UBS, mas não todos conseguiram ser atendido por falta de material devido a não existência de equipamento de esterilização.

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

Meta: Buscar 100% dos usuários diabéticos e hipertensos às consultas programadas.

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

Os resultados mostram-se do seguinte jeito, conforme as figuras 12 e 13, no primeiro mês tivemos 16 diabéticos faltosos, sendo que 12 (75%) receberam busca ativa, no segundo mês da soma de 30 diabéticos faltosos, 30 (100%) receberam busca ativa, no terceiro mês de 37 diabéticos faltosos, 37 (100%) receberam busca ativa. Os usuários com hipertensão se comportaram assim: no primeiro mês 35 usuários hipertensos faltosos, 34 receberam busca ativa (97,1%), no segundo mês somou-se 83 faltosos e os 83 (100%) receberam busca ativa, e o terceiro mês 86 faltosos e 86 com busca ativa (100%). Este indicador com excelentes resultados é produto do forte trabalho de toda a equipe, especialmente das agentes de saúde que procuravam os pacientes que não compareciam à consulta.

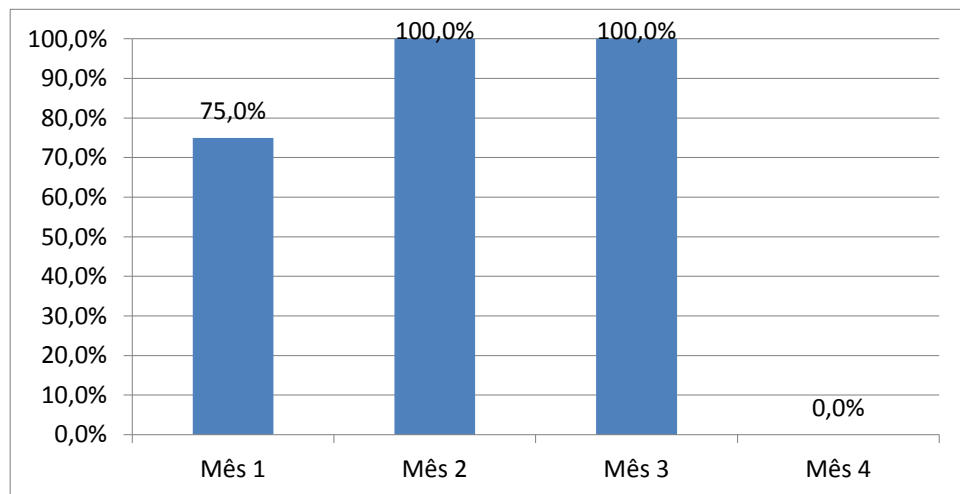


Figura 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

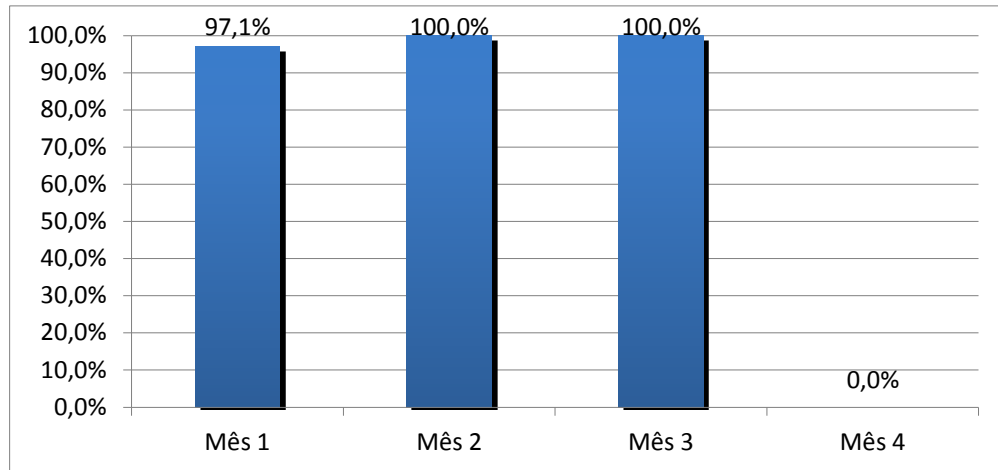


Figura 13: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

De acordo com as figuras 14 e 15, no primeiro mês em relação aos usuários diabéticos 51 tiveram pacientes cadastrados e 38 com preenchimento da ficha espelho em dia, representando 74,5%; no segundo mês, 66 cadastrados e 59 com fichas preenchidas adequadamente (89,4%). No terceiro mês, 115 cadastrados e 99 com fichas adequadas (86,1%). Referente aos usuários hipertensos o indicador comportou-se assim: no primeiro mês 155 cadastrados, 136 com registros adequados (87,7%), o segundo mês 224 cadastrados, 202 com registros adequados (96,2%), e terceiro mês 320 cadastrados, 297 com registros adequados (92,8%).

Neste indicador os resultados não foram excelentes, mas no cotidiano do serviço continuamos o preenchimento adequado das fichas-espelho para chegarmos aos 100%.

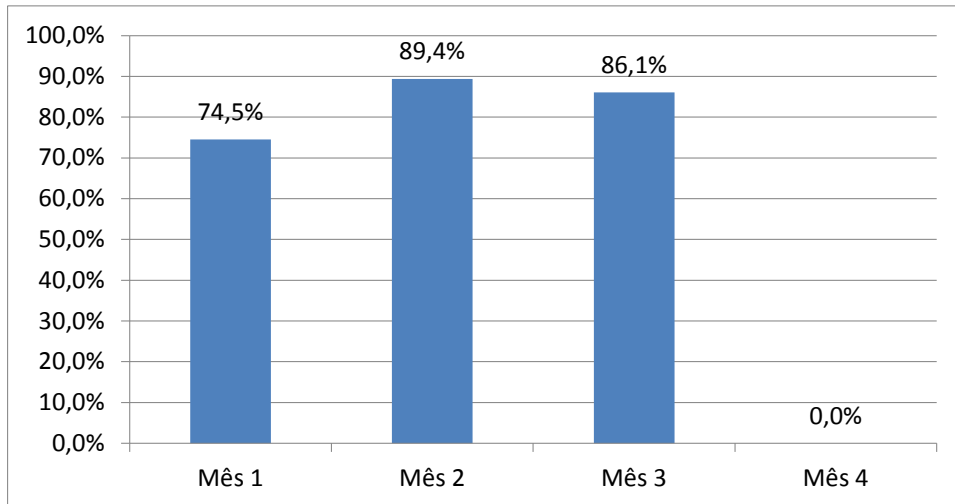


Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

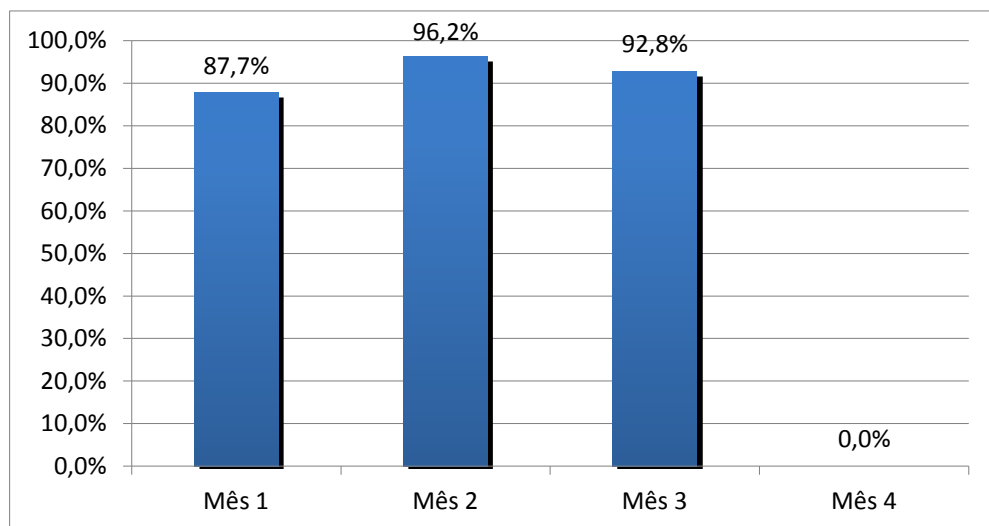


Figura 15: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

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

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

Indicador 5.1: Proporção de diabéticos e hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Conforme as figuras 16 e 17 pode-se ver que no primeiro mês dos usuários diabéticos (51), 41 (80,4%) estavam com estratificação de risco cardiovascular. No segundo mês dos 74 cadastrados, 62 (93,9%) com estratificação de risco cardiovascular e no terceiro mês dos 115 cadastrados, 103 (89,6%) com estratificação de risco. Referente aos usuários hipertensos, no primeiro mês 155 cadastrados, 137 (88,4%), com estratificação de risco cardiovascular; no segundo mês 224 cadastrados, 203 (96,7%) com estratificação de risco cardiovascular, e no terceiro mês 320 cadastrados, 298 (93,1%) com estratificação de risco.

Neste indicador tivemos resultado favorável devido ao exame clínico feito em consulta para evitar possíveis complicações.

Analisando o comportamento desse indicador, concluímos que há uma evolução favorável, mas ainda temos que insistir nos usuários diabéticos e hipertensos para que todos tenham esta avaliação.

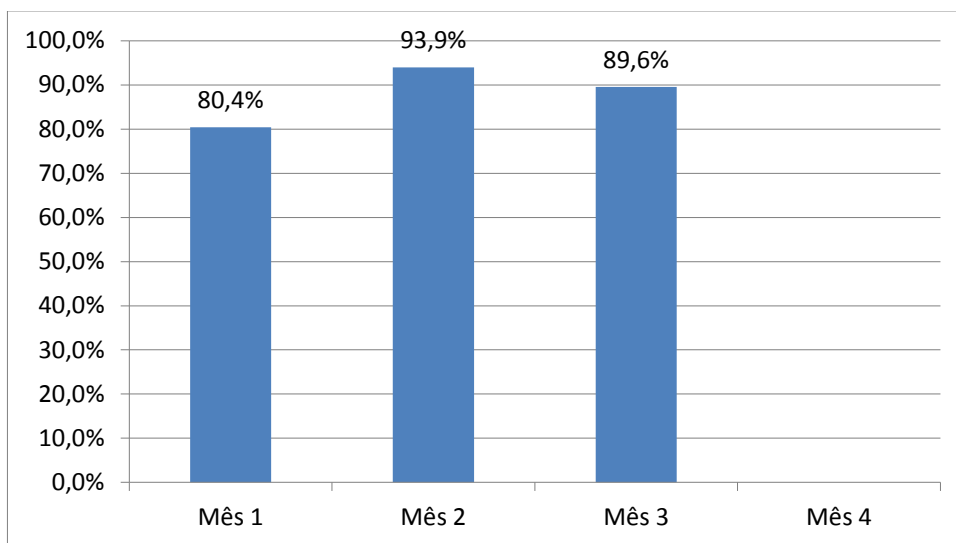


Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular
Fonte: Tabela de coleta de dados 2015

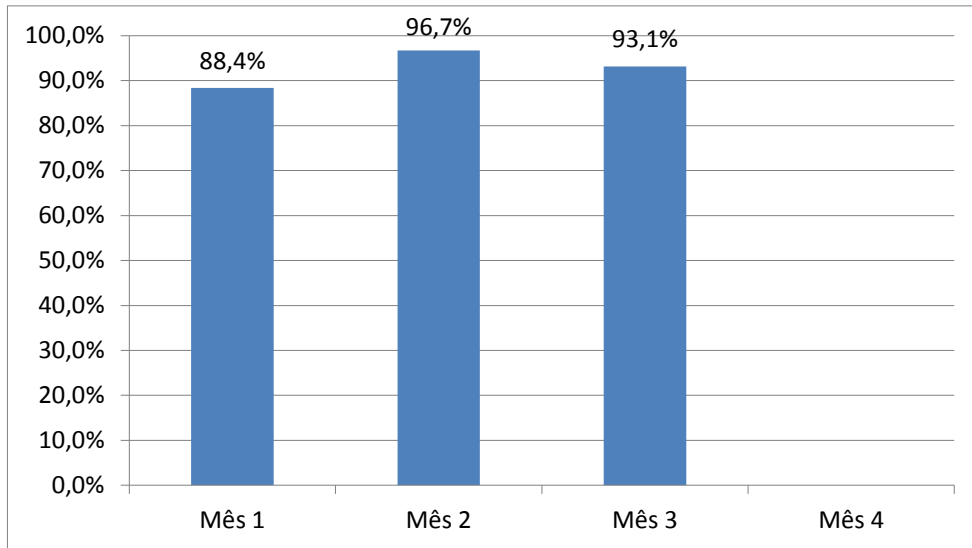


Figura 17: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular
 Fonte: Tabela de coleta de dados 2015

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Meta: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos

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

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

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

Para estes indicadores tivemos resultados de 100% em todos os meses para usuários hipertensos e/ou diabéticos. Tudo foi possível devido às ações preventivas que toda a equipe de saúde faz. Tanto nas consultas como nas visitas domiciliares estamos fazendo um trabalho preventivo para evitar complicações.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Analisando os gráficos 18 e 19 podemos observar que no final do terceiro mês alcançaram-se os 100% dos usuários diabéticos e hipertensos que receberam a orientação sobre higiene bucal, fato que demonstra o trabalho na saúde preventiva. No primeiro mês para os diabéticos alcançamos 94,1%, para os hipertensos 98,1%. Em análise, sabendo que tivemos problemas com a odontologia devido a redução de horas e que é um só odontólogo para duas UBS, temos que insistir na saúde preventiva para evitar doenças.

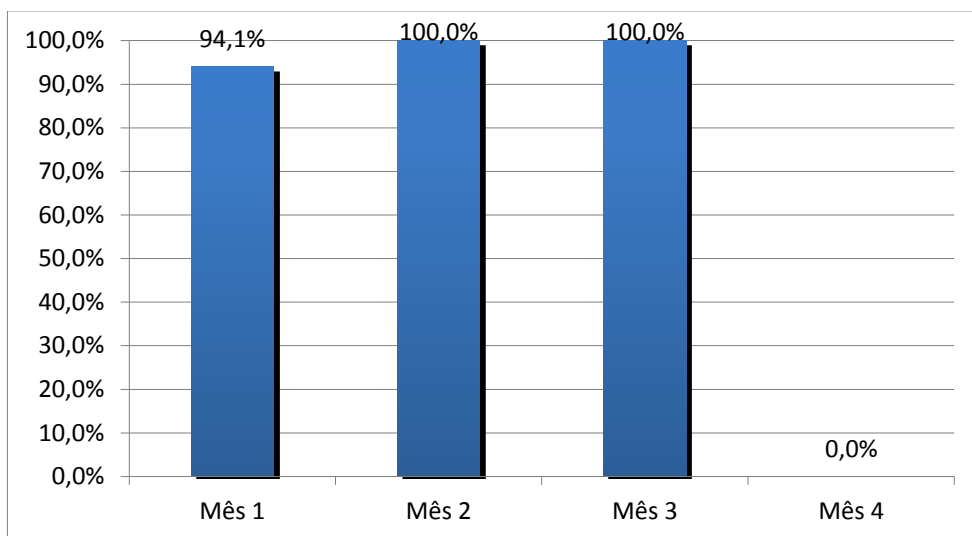


Figura 18: Proporção de diabéticos que receberão orientação sobre higiene bucal.
Fonte: Planilha coleta de dados 2015

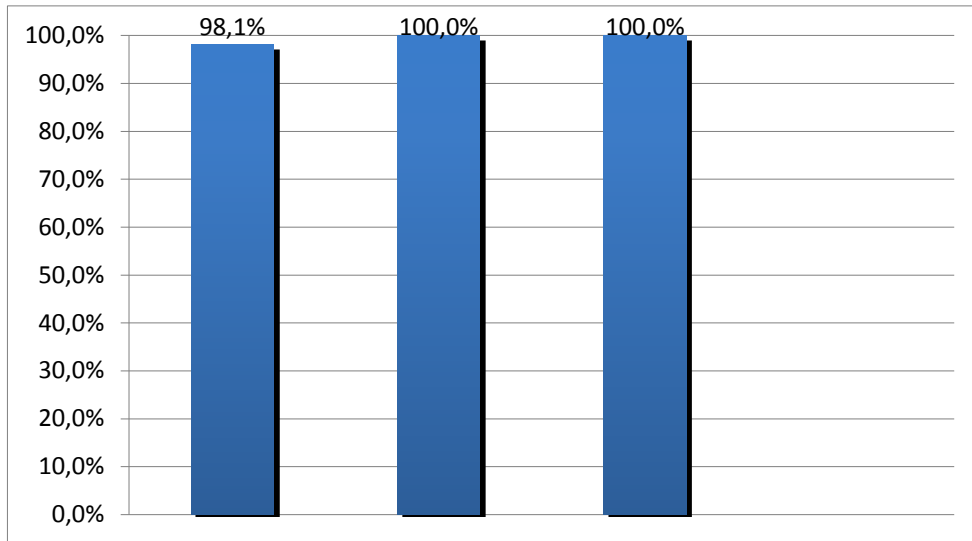


Figura 19: Proporção de hipertensos que receberão orientação sobre higiene bucal.
Fonte: Planilha coleta de dados 2015

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com o destaque para as ações de prevenção feitas que permitiu na população ganhar em cultura de prevenção de saúde, estimulou se na pratica de exercício físico, conhecer mas sobre a alimentação saudável e incentivou se a participação nos grupos .

A intervenção para a Equipe permitiu uma melhor capacitação da equipe em geral. Assim, percebe-se que estão mais preparados para o acolhimento e acompanhamento dos usuários diabéticos e hipertensos. Ademais, permitiu uma boa integração da Equipe toda para oferecer uma atenção de qualidade à população e, de forma geral, com a finalização da intervenção ficaram atribuições para cada um dos membros da equipe, isto é, a enfermeira continuará com avaliação das demandas espontâneas dos pacientes, as agentes comunitárias de saúde completarão cadastramento de 100% dos pacientes da área de abrangência, a recepcionista e a técnica de enfermagem continuará com o acolhimento, odontologista trabalhará diretamente com a saúde bucal dos pacientes e na avaliação multidimensional e, por último, eu ficarei como o máximo responsável para

continuar realizando os atendimentos clínicos e máximo impulsor das atividades de prevenção e promoção de saúde em conjunto com os demais membros da Equipe. Com esta intervenção tivemos impacto em outras atividades no serviço, como por exemplo: aumento do número de acompanhantes dos usuários pelas palestras oferecidas na sala de espera, aumento do número de usuários nos grupos de hipertensos e diabéticos, onde a maioria está na faixa etária de maiores de 60 anos.

Antes da intervenção as atividades de acompanhamento dos usuários diabéticos e hipertensos estavam focalizadas só pela médica, assim como as demandas espontâneas. Agora, cada membro da Equipe tem atribuições e isto viabiliza a agenda de atendimento no serviço para consultas. Com os registros feitos há uma melhor organização do trabalho e melhor acesso pela equipe toda, assim conseguimos atendimento a um maior número de pessoas e com mais qualidade.

Para a comunidade esta intervenção ficou com muito impacto, já que eles ficaram muito satisfeitos pela prioridade, embora 100% ainda não tem um bom acompanhamento pela UBS.

Se eu fosse realizar a intervenção neste momento eu faria uma maior divulgação na comunidade, uma melhor preparação da equipe e procuraria uma melhor estratégia de promoção para aumentar os conhecimentos da população em prevenção de saúde.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço e dizer pretendo aumentar as atividades de prevenção e promoção, não só nas consultas, também levá-las aos distintos bairros, centros laborais, escolas. Para isto contamos com a ajuda de colaboradores da comunidade (líderes comunitários) para a conscientização daqueles usuários que não conseguiram ter acesso ao serviço. Isto, porque se percebeu que a ausência de algumas informações (falta de dados em as fichas) no serviço com os registros dificultou cumprir com a meta de alguns indicadores, assim como a integração dos membros da Equipe para avaliação multidimensional dos usuários.

Para finalizar farei menção de os próximos passos, primeiro culminarem na intervenção com nesta ação programática, continuar e perfeição as atividades de promoção e prevenção, continuar somando usuários a nossas atividades, buscar que funcione 100% a equipe multidisciplinar que garante a qualidade na atenção e por último estender a outras ações programáticas nesta investigação.

5. Relatório da intervenção para os Gestores

Destinatário Pedro Paulo dos Santos Soares

Secretario Municipal de Saúde e Meio Ambiente

Realizamos uma intervenção na ESF Mariano da Rocha por meio do curso de Especialização de Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal de Pelotas, como parte do Programa Mais Médico. Primeiramente foi feita uma análise situacional das várias ações programáticas na unidade. Depois de analisar todos os dados obtidos, decidi encaminhar minha intervenção com os usuários com hipertensão e/ou diabetes, ação programática de muita importância porque são doenças de alta morbimortalidade. Nesta intervenção, executada por um período de 12 semanas, contamos com a participação ativa e entusiasta de toda a equipe, lideranças comunitárias e usuários. Como objetivos da intervenção tiveram: melhorar a atenção à saúde das pessoas com diabetes e/ou hipertensão.

No início do trabalho tivemos algumas dificuldades, por exemplo, a falta de registros dos usuários com hipertensão e diabetes e inexperiência da equipe para a realização do projeto, entre outras. Apesar das dificuldades, contamos com a disposição de toda a equipe para juntos oferecer uma melhor atenção da população alvo.

Antes da intervenção contávamos com um total de 310 usuários hipertensos o que representava cobertura de 25%, e 106 usuários diabéticos representando 30% de cobertura. Hoje podemos apresentar um resultado de trabalho alcançado pelo projeto de intervenção: temos 38,2% de hipertensos cadastrados (320 usuários) e 56,3% de diabéticos cadastrados (106 usuários). A maioria de eles com exames em dia e avaliação multidimensional (de um total de 115 diabéticos cadastrados 112

com exame em dia para 97,4% e de um total de 320 hipertensos cadastrados, 310 com exame em dia para um 96,9%).

Desde o inicio momento pedimos apoio à secretaria de saúde com a logística e os meios necessários para as ações previstas, visitas ao domicilio de todos os acamados e/ou com problemas de locomoção. Houve um engajamento quase total da população. Aumentamos a cultura de prevenção e envolvemos a comunidade na promoção da saúde, tivemos colaboradores que ajudam na organização dos eventos de saúde, e para a equipe é hoje um sucesso.

Incorporamos as ações na rotina diária de trabalho. Melhoramos o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, aumentamos o número de consultas. Acreditamos que uma vez concluído o trabalho continuaremos com o mesmo projeto no dia a dia, até que todos os usuários sejam atendidos como preconiza o Ministério de Saúde e como merecem. Só pedimos a secretaria de saúde e à administração do município que continuem com seus apoios às atividades de saúde, como fizeram no inicio, que se mantenham as inter-relações entre os distintos departamentos - departamento de educação, agricultura, assistência social, para manter as ações de promoção e prevenção.

Além disso, para continuar as atividades que realizamos solicitamos que ofereçam uma resposta às solicitações feitas pelos usuários durante o trabalho como: mais consultas especializadas no município para os idosos como cardiologista, urologista, oftalmologista, endocrinologista e outras que precisam, visto que é difícil para eles deslocar-se para tão longe. Ainda falta a reforma da unidade para uma melhor atenção e adaptações para aqueles com deficiências físicas. Também temos que ter mais participação na parte de atendimento na comunidade (dentro dela) para uma boa promoção e prevenção da saúde, onde vamos a evitar muitas complicações e trabalhar mais com os fatores de risco das doenças diabetes e hipertensão.

Para a comunidade e as lideranças comunitárias a intervenção realizada tem uma vital importância porque aumentou a qualidade e quantidade dos atendimentos, propiciou ganho em relação ao protagonismo das lideranças comunitárias (tendo elas um protagonismo vital para a realização das ações propostas), aumentou a interação equipe-paciente, melhorou o engajamento público, e o mais significativo, ações da intervenção ficaram como rotina de trabalho e queremos não só para os usuários diabéticos e hipertensos, faremos extensivo a demais ações programáticas.

6. Relatório da intervenção para a comunidade

Em janeiro de 2014 iniciei meu trabalho como médica nesta Unidade de Saúde da Família com um total de 5.450 usuários, deles 2.413 mulheres e 2.454 homens. Tínhamos um total de 106 usuários diabéticos e 310 usuários hipertensos, para os quais percebemos que não havia um acompanhamento adequado, assim como baixo cadastramento da população em geral, por isso nossa equipe decidiu realizar um trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com diabetes e/ou hipertensão.

No início do trabalho tivemos algumas dificuldades, exemplo: falta dos registros da cobertura dos idosos, inexperiência da equipe para a realização do projeto, entre outras. Mas, o mais importante foi a disposição de toda a equipe para juntos oferecer uma melhor atenção a população alvo.

Antes não havia muita participação dos usuários diabéticos e hipertensos às atividades programadas na UBS pela falta de médico fixo. Não chegava a 50% o percentual de cadastramento dos hipertensos, mas com este projeto chegamos a 38,2 %, e dos diabéticos chegamos a 56,4%. O objetivo era que ficasse mais alto, mas não foi possível para três meses. Continuaremos o trabalho dia a dia, assim como outros aspectos a melhorar. Temos algumas dificuldades ainda, mas observando o engajamento no decorrer do projeto, a população alvo entusiasmada e aumento da participação nas atividades programadas, assim como ao resto das ações planejadas, podem dizer que o projeto teve um impacto muito importante para a comunidade e foi cumprido o objetivo proposto.

O relatório para a comunidade somente não foi ao final da intervenção, os resultados alcançados na investigação foram do conhecimento de toda a população por meio da rádio comunitária, fazíamos de conversas, aclaramos dúvidas, e toda a

população participava, sendo um passo importante para ganhar em cultura de prevenção e promoção.

7. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Ao início do projeto da intervenção tive algumas dificuldades e dúvidas, exemplo: como desenvolver as atividades por ficar em uma equipe com pouca experiência do trabalho na comunidade, uma população com pouca cultura de realização de exames clínico periódicos, assim como realização de exames complementares e nenhuma percepção de risco. Por outra parte percebe a demanda muito grande de atendimento com pouco tempo para o trabalho preventivo na comunidade.

Eu como profissional percebi que meu trabalho foi muito intenso por afrontar as dificuldades na comunidade.

Minha expectativa fundamental foi o trabalho que eu tinha que fazer na comunidade junto á equipe de trabalho, embora a pouca experiência dos membros da equipe neste tipo de projeto, a primeira tarefa era preparar a equipe para começar o trabalho de prevenção e promoção de saúde pela maior dificuldade dos moradores de minha área de abrangência como tinha falado anteriormente.

O curso para minha prática profissional foi muito significativo. Hoje a equipe tem uma maior preparação com o trabalho na comunidade, o serviço na ESF está mais organizado, assim como os registros e documentação necessária, a população alvo percebeu a importância do adequado atendimento e tem uma maior cultura de percepção do risco, pelo que aumento mais as consultas da população idosa com um atendimento de qualidade e eficiência.

Os aprendizados mais relevantes decorrente do curso são: aprendi que com uma boa capacitação da equipe toda e o desempenho diário do trabalho com amor para a comunidade é possível desenvolver todos os projetos protocolizados pelo Ministério de Saúde, também com o trabalho organizado temos maiores resultados e eficácia no trabalho para com os pacientes porque desta forma mantemos controle das doenças crônicas e diminuimos os casos de incidência destas. Percebi que a

estabilidade da equipe no serviço ajuda a manter o trabalho e damos mais credibilidade sobre a população, a docência e a assistência caminhando ao mesmo tempo. Aprendi que as pessoas com baixo nível cultural têm a mesma sensibilidade pela saúde, que com poucos recursos podemos trabalhar muito, sobretudo na prevenção de doenças e promoção da saúde envolvendo a comunidade e seus colaboradores, juntos aos agentes comunitários podem ser resolvidos muitos problemas de saúde dentro da mesma população, e quando se trabalha com um objetivo é possível alcançar as metas propostas.

De uma forma geral, o curso serviu para aumentar meus conhecimentos, sobre doenças e manejos desconhecidos, que serviram para minha provação enquanto médico do ESF. Assim como, inseriu-me no sistema de saúde do Brasil, muito parecido ao de Cuba, porém, com suas diferenças. Aumentou minha sensibilidade no trato com pessoas carentes.

Com o método utilizado seja fóruns, casos clínicos ou TQC, foi muito importante, porque se ganhou em cultura, disciplina no momento de entregar as informações. Ganhei em organização, sempre com a ajuda dos professores. Quero destacar de todo coração o prestígio que tem a UFPEL a nível nacional pela exigência e dedicação, que somente assim se garante a saúde da população brasileira. PARABÉNS!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica; Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº 37. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica; Hipertensão Arterial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante