

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Zona Leste, Pinheiro Machado/RS**

Eddy Ascanio Ferrer Vargas

Pelotas, 2016

Eddy Ascanio Ferrer Vargas

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Zona Leste, Pinheiro Machado/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: Ernande Valentin do Prado

Pelotas, 2016

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

V297m Vargas, Eddy Ascanio Ferrer

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Zona Leste, Pinheiro Machado/RS / Eddy Ascanio Ferrer Vargas; Ernande Valentin do Prado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

83 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus seres mais querido.

A meus padres por seu apoio incondicional em tudo
Momento.

A minha esposa e filhe-os que som a fonte de luz
e alegria, e a razão da minha existência.

Agradecimentos

A **meus orientadores, Ernande Valentin do Prado e Betânia Rodrigues dos Santos**, agradeço a sua presença permanente ao longo do curso. Sua compreensão em todos os momentos de dificuldade.

A **Equipe de Saúde da Família da UBS Zona Leste Pinheiro Machado**, pela compreensão e pela ajuda na implementação da intervenção das ações desta Especialização.

Aos **usuários** que concordaram em participar deste trabalho tornando possível sua realização.

Enfim, a **todos** aqueles que de um modo ou de outro, contribuíram para que este trabalho fosse concluído com sucesso, meu sincero agradecimento.

Resumo

FERRER, Vargas Eddy A. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Zona Leste, Pinheiro Machado/RS. 2015.** 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Aberta do SUS-UNASUS da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus se constituem como as principais Doenças Crônicas Não transmissíveis geradoras de possíveis complicações como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Mediante a Análise Situacional realizada na Unidade Básica de saúde/ Zona Leste em Pinheiro Machado/RS, verificou-se a necessidade de melhorar a atenção ao usuário hipertenso e diabético considerando-se para a intervenção os objetivos de aumento da cobertura e da adesão, qualificação da atenção, registro das informações, mapeamento dos usuários de risco cardiovascular e promoção saúde. Utilizaram-se indicadores para avaliar a evolução da intervenção ao longo de três meses que ocorreu entre Outubro a Dezembro de 2015. Utilizaram-se como referências os protocolos 36 e 37 do Ministério da Saúde e os instrumentos disponibilizados pelo curso que foram as fichas-espelho e as planilhas de coleta de dados. As estimativas apontavam que na área de abrangência da Unidade Básica de saúde havia 384 hipertensos e 96 diabéticos, somente 63% e 44%, respectivamente, eram acompanhados na unidade de saúde bem como a qualidade do serviço de saúde demanda um aprimoramento e reorganização. Após a intervenção, as coberturas atingiram 318 (81,7%) para hipertensos e 97 (100%) para diabéticos e em relação à qualidade do serviço atingiram-se aproximadamente 317 (99,7%) dos hipertensos e diabéticos com exames, 96 (82,6%) dos usuários com estratificação de risco cardiovascular 221 (69,5%) hipertensos e 74 (76,3%) diabéticos. As atividades de educação em saúde foram implementadas 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Entretanto, a Saúde Bucal se logrou êxitos significativos, sendo atingidos 316 (99,4%) para hipertensos e 96 (99,0%) para diabéticos. A ação programática voltada aos hipertensos e/ou diabéticos foi incorporada à rotina da Unidade Básica de saúde, ainda que, com limitações derivadas da infraestrutura e da demora no retorno dos resultados de exames, pois, foi possível observar melhorias no atendimento aos usuários, sugerindo-se, ainda maior engajamento público.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Imagem da cidade de Pinheiro Machado, RS. Fonte: wikipedia	10
Figura 2	Fotografia da Reunião de Equipe de saúde. UBS Zona Leste	46
Figura 3	Fotografia da Atividade de Grupo no Salão da Igreja	48
Figura 4	Gráfica Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	52
Figura 5	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	52
Figura 6	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	53
Figura 7	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	54
Figura 8	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	55
Figura 9	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	55
Figura 10	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	56
Figura 11	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	57
Figura 12	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	58
Figura 13	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	58
Figura 14	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	59
Figura 15	Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	60
Figura 16	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	60
Figura 17	Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	61
Figura 18	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco	62

	cardiovascular por exame clínico em dia.	
Figura 19	Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	62
Figura 20	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	63
Figura 21	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	
Figura 22	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	65
Figura 23	Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	65
Figura 24	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	68
Figura 25	Gráfica Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	67
Figura 26	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	67
Figura 27	Gráfica Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	68
Figura 28	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	69
Figura 29	Figura 29: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	70
Figura 30	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	70
Figura 31	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	70

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAIC	Centro de Atendimento Integral Criança
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não-transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EaD	Ensino a distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atenção Médica de Urgência
SUS	Universidade Aberta do SUS
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. O odontólogo informara a todo o equipe sobre às orientações de higiene bucal.	35
2.3.2 Indicadores	36
2.3.3 Logística	42
2.3.4 Cronograma	45
3 Relatório da Intervenção	46
3.1 As ações previstas e desenvolvidas	46
3.2 Ações que não foram desenvolvidas	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	50
4 Avaliação da intervenção	52
4.1 Resultados	52
4.2 Discussão	67
5 Relatório da intervenção para gestores	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	76
Referências	77
Anexos	78
Anexo A - Ficha espelho	79
Anexo B - Planilha de coleta de dados	79
Anexo C - Documento do comitê de ética	80
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	81

Apresentação

O presente volume é parte das atividades desenvolvidas no curso de pós-graduação em Saúde da Família, modalidade de ensino a distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPeI/UNASUS). Foi realizada uma intervenção cujo objetivo foi Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Zona Leste, Pinheiro Machado/RS. O volume está organizado em cinco unidades de acordo com o cronograma proposto pelo curso. Inicia-se com a análise situacional da área de abrangência da UBS Zona Leste, que a análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS. Em seguida o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica mostra a justificativa junto com os objetivos e metas a serem alcançadas na intervenção, e também a metodologia e detalhamento das ações.

O relatório da intervenção com a descrição de todas as ações previstas e desenvolvidas. Contamos também com a avaliação da intervenção que mostra todos os resultados explicados e com gráficos representativos. Foi elaborado um relatório para o gestor e outro para a comunidade com ênfase no trabalho desenvolvido e os benefícios que trouxe a comunidade. E por fim, fizemos uma reflexão crítica do processo de aprendizagem.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em Abril de 2015 e finalizou em fevereiro de 2016, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS1

Estratégia a saúde da Família (ESF), criada em 1994, consolidou-se como a estratégia de organização da atenção Básica do sistema único de saúde (SUS) propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade. Em 2006, no bojo do Pacto de Gestão acordado entre as três esferas de governo - ministério da saúde, secretarias Estaduais e secretarias municipais de saúde-a saúde da Família é considerada como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção Básica, sendo ela de caráter substitutivo da atenção Básica tradicional, acima de tudo, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças dos hábitos e padrões de vida, mediante o empoeiramento dos indivíduos e famílias frente à vida. Para tal, a Equipe de Saúde da Família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. É responsável pela atenção integral continuada à saúde de uma população até quatro mil pessoas residentes em seu território de abrangência.

Em as ESF devem estabelecer-se vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população adstrita por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo.

Para atingir o objetivo proposto, o trabalho da Equipe de saúde da Família se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população

1 Esse texto não foi corrigido, apenas formatado.

adstrita. Em seguida, é realizado o diagnóstico de saúde da comunidade, com base no qual se faz o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais.

A estratégia saúde da Família tem demonstrado melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na atenção Básica dos diferentes municípios nos quais foi implantada, apesar da constatação de um número significativo de unidades apresentarem estrutura física inadequada, não raro, improvisada. A capacidade de organização dos municípios é imprescindível para a continuação do avanço nos serviços da estratégia saúde da Família e para que as Equipes de saúde da Família (EsF) disponham de instalações adequadas, de profissionais qualificados e em número suficiente. Deve, também, garantir recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação, visando assegurar a acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adstrita. As EsF devem propiciar ainda, acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário.

Nossa ESF esta localizada em um local pequeno de 6 pies as, fui feita faz 2 ano atende uma população de 2500-3000 habitantes ainda não se conhece o número total da população por no estai completo os agentes comunitário de saúde. Ela tem médicos clínico geral, um dentista, um licenciado enfermagem, técnico em enfermagem, um técnico em saúde bucal Auxiliares de serviços gerais ou de limpeza/higienistas, 4, agentes comunitários uma recepcionista, além disso existe núcleo de apoio à saúde da família (NASF) integrado por uma psicóloga, nutricionista e uma profissional da Educação Física que presta atendimento a diferentes grupos de usuários na comunidade fazendo que diferentes doenças sejam resolvidas na mesma comunidade, a recolhida de lixo é feita pela empresa privada pagada por a prefeitura sem dificuldade, não temos local com as condições par fazer esterilização se fazem em locais adaptados que não obedecem às normas de esterilização. Em quanto á barreiras arquitetônica de meu UBS, existem dificuldade para o acesso de pessoas idosas e com alguma limitação física, pois têm rampa para seu acesso pero não tem grada para seu apoio a ser um local muito pequeno se dificulta coando é com cadeira de roda. Em nossa unidade Neuma consulta conta com banheiro, há um solo banheiro para todo o pessoal que não permite a entrada

de cadeiras de rodas, estas barreiras impedem um atendimento de qualidade devido que corremos o risco que alguma pessoa não acesse ao prédio pela esta causa.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Pinheiro Machado, localizado no estado Rio Grande do Sul, Brasil, possui uma população estimada de 13.000 habitantes, os quais são atendidos em cinco unidades básicas de saúde (Zona Norte, Zona Sul, Zona Leste, Torrinhhas e São João Batista). Este município foi fundado em 1879 e limita-se com os municípios de Piratini, Pedras Altas, Candiota e Santana.



Figura 1: Imagem da cidade de Pinheiro Machado, RS. Fonte: wikipedia

A economia da localidade é baseada na agricultura, pecuária e extração de pedras. O município tem uma extensão territorial de aproximadamente 2.200 km². Das cinco unidades básicas de saúde, três se encontram localizadas na zona urbana da cidade de Pinheiro Machado (Zona Norte, Zona Sul, Zona Leste) e duas na zona rural (Torrinhhas e São João Batista). As cinco unidades básicas têm estabelecida a modalidade de ESF, todas as unidades localizadas na cidade prestam atendimento em locais adaptados, em casas compradas pela prefeitura, exceto a unidade do sul de recente construção. Todas as unidades têm sua equipe completa com atendimento médico e odontológico. Temos um núcleo de apoio à saúde da família (NASF), integrado por uma psicóloga, nutricionista, profissional da Educação Física e assistente social. Temos um centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que conta com psiquiatra, psicólogo e assistente social, e com Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) recém-inaugurado para o qual são

destinados aos usuários que possuem problemas de saúde de acompanhamento contínuo e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção. Sempre com prévia avaliação médica dos casos. No município existe um hospital para internação, com serviço de pronto socorro. Nesse hospital são oferecidos serviços de oftalmologia clínica, cirúrgica, serviço de cardiologia e dermatologia uma vez por semana ou a cada quinze dias, dependendo da especialidade medica. Conta também com laboratório clínico e radiologia 24 horas. A Secretaria de Saúde do município, em coordenação com a Prefeitura Municipal, tem realizado vários convênios com laboratórios e clínicas fora da região, para garantir maior resolutividade de problemas e situações de saúde que não tem resposta local. No município existe serviço de raios X, ultrassom, laboratório clínico, centro de atenção psicossocial, especialidade de psicologia, assistência social, nutricionista, serviço de ginecologia e obstetrícia e serviço de fisioterapia. Conta também com Farmácia Básica Municipal que oferece medicamentos básicos e controlados aos usuários com doenças agudas e crônicas. Além disso, tem Farmácia Municipal que oferece medicamentos pelo Programa, e a Farmácia Popular que fornece fármacos gratuitamente para o tratamento de Hipertensão Arterial, Diabetes e Asma.

Nossa unidade atende sete microáreas, duas das quais estão localizadas na zona rural, mas a UBS está localizada no centro da cidade. A população estimada é de 2.589 habitantes aproximadamente. Conta com uma equipe de ESF, integrada da seguinte forma: uma enfermeira, um médico, uma técnica em enfermagem, uma odontóloga, uma técnica de saúde bucal, uma recepcionista e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Todos responsabilizados integralmente com a saúde da população que atendemos. Nossa equipe não tem vínculo com instituições de ensino.

A UBS nossa é pequena, são seis peças incluindo o banheiro. Estruturada da seguinte forma: uma sala pequena para a recepção, uma sala/consultório de vacina que é a mesma de enfermagem, um consultório de odontologia, uma sala de curativo multifuncional (sala de curativo e local da técnica de enfermagem) e um consultório médico multipropósito. Nossa UBS permite o acesso dos usuários com dificuldade de locomoção, no entanto a entrada com cadeira de rodas é bastante difícil, por ser um local muito pequeno. Comparando com o que pede manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, pode-se observar que estamos bem aquém do preconizado.

Nossa UBS tem uma população estimada de 2.589 habitantes, mas não se conhece com certeza o total da população por não contar com o total das áreas cobertas por agente de saúde, temos quatro ACS, enquanto o recomendado seria seis. Por outro lado, o número de usuários cobertos pela nossa equipe está dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde. Segundo o CAP, temos nossa área 670 mulheres em idade fértil, 384 crianças em idades entre 5 e 14 anos de idade. E 236 idosos.

O trabalho está organizado da forma seguinte: todas as semanas de segunda a sexta-feira se atende consulta geral de 8 às 17 horas, agendadas diretamente pelo telefone. Diariamente se atende pessoas com demandas espontâneas, as quais são doenças que geram um número significativo de consultas não consideradas urgência nem emergência. Além disso, nas terças-feiras a tarde se realizam os encontros de educação em saúde com os hipertensos e diabéticos de nossa área de trabalho. Temos uma agenda programática de atendimento, onde nas quartas-feiras se realiza a consulta pré-natal, nas quintas-feiras se faz as visitas domiciliares e nas sextas-feiras as consultas de lactantes (puericultura). Além disso, em nossa área de abrangência existe um asilo, onde se realiza atendimento médico uma vez ao mês. Desta forma, que está organizada nossa equipe de saúde com o objetivo de dar o máximo bem-estar a nossa população.

Em relação à atenção à **Saúde da Criança**, temos 31 crianças zero e 72 meses, destas 50% são acompanhadas pela equipe. Contamos com 18 crianças menores de um ano em acompanhamento (58% de cobertura). Todos em seu momento receberam aleitamento materno não se constituindo este indicador problema em nossa área. Todos os atendimentos são registrados nas carteirinhas das crianças e nos prontuários de atendimentos. As consultas de puericultura são feitas nas sextas-feiras no horário da manhã e da tarde, onde se oferece atendimento a todas as crianças que moram na área de abrangência da nossa unidade, fundamentalmente aos menores de um ano. Basicamente as puericulturas são feitas pela enfermagem da UBS, sendo avaliados por mim os casos com algumas intercorrências. São encaminhados para avaliação com outras especialidades quando se precisa. Também se oferece atendimento odontológico, vacinação, consulta de nutrição onde as mães são assessoradas sobre a alimentação que deve ter a criança depois dos 6 meses até um ano. No grupo de aleitamento materno, se oferece palestras dirigidas a educá-las sobre a importância

que tem a leite materno para acriança e para ela, técnicas e as vantagens do aleitamento materno e os cuidados do recém- nascido e lactante.

O atendimento de pré-natal e puerpério: são 5 gestantes e 12 puérperas em nossa área e 19% (5) de gestante e 31% de puérperas são acompanhadas pela equipe. Os atendimentos são realizados nas quartas-feiras no horário da tarde, onde se oferece atendimento às mulheres grávidas que moram na área de abrangência da nossa unidade. Do total de mulheres grávidas que fazem atendimento em nossa unidade nenhuma mora fora da área. A maioria das consultas do pré-natal é feita pela enfermeira, sendo levados para meu atendimento os casos com algumas intercorrências e também algumas vezes intercalando as consultas. Todos os atendimentos são registrados nas carteirinhas das gestantes e nos prontuários. Se encaminha para avaliação com outras especialidades quando necessário, também se oferece atendimento odontológico, vacinação, consulta de nutrição, onde as gestantes são assessoradas sobre a alimentação que deve levar durante e depois da gestação, também se consulta com psicóloga quando preciso. No grupo de mulheres grávidas, se oferece palestras dirigidas a educá-las na importância que tem uma adequada higiene pessoal, bucal, técnica e as vantagens do aleitamento materno, nos cuidados do recém- nascido, sinais e sintomas prodrômicos do parto, e a importância dos cuidados no puerpério. Em quanto a o seguimento as puérperas em nossa UBS se realizam os controles e seguimentos segue protocolo do Ministério da Saúde.

Em relação à Prevenção de câncer de colo de útero e mama: são 530 mulheres em nossa área com idade entre 25 e 64 anos, destas 74% são acompanhadas pela equipe. Entre 50 e 69 anos são 210 mulheres e 79% são acompanhadas pela equipe. Todas as semanas são realizadas os exames citopatológicos nas quintas-feiras a tarde, pela enfermagem ou pela técnica de enfermagem. Em nossa UBS não existe um registro confiável. Temos um livro de controle dos exames citopatológicos feitos, além de registrar os resultados nos prontuários clínicos. Existe dificuldade quanto a liberação dos resultados dos exames, devido que a amostra é analisada em laboratórios de fora do município, e demoram até 3 ou 4 meses para chegar. Isso dificulta atenção contínua em caso de ter algum tipo de alteração. Penso que esse problema será resolvido brevemente, porque a Secretaria de Saúde tem uma boa disposição para resolver estes problemas, mesmo assim demora. Em general as ações para a coleta da amostra

para pesquisa do câncer do colo de útero e seguimento de risco são programadas e seguem protocolo do MS, mas existe um número de mulheres faltosas que devem ser procuradas várias vezes pelos ACS ou outros membros da equipe para assistir à consulta. Todas as mulheres têm recebido orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Todos os membros da equipe participam na reunião semanal para planejar e coordenar o programa. Quanto ao rastreamento do câncer de mama, também não há registro específico de mamografias indicadas e feitas, o que dificulta conhecer quantas mamografias estão ao dia, os resultados são anotados nos prontuários clínicos. Todas as mulheres recebem orientações sobre controle de seu peso corporal, realização de atividade física, educação sobre os malefícios do álcool e como reconhecer sintomas que se relacionam com o câncer de mama. As atividades de educação são realizadas por todos os membros da equipe. O rastreamento na unidade é realizado pela enfermeira e pelo médico, de segunda a quinta-feira em todos os turnos de trabalho. Geralmente a realização de mamografia é oportunista e escassamente programada, questão que pode ser melhorada a partir de agora. O protocolo que existe na unidade para prevenção do câncer de mama é do Ministério de Saúde com adequação pela Secretaria Municipal de Saúde em 2013 e inclui mulheres desde os 50 até 69 anos de idade, o atendimento não é programático. Não foi possível conhecer quantos usuários tiveram mamografia alterada nos últimos três anos e quantas estão em seguimento atualmente, pois não existe nenhum arquivo específico que seja revisado periodicamente e não são realizadas reuniões de avaliação do programa. O planejamento e a coordenação para prevenção deste tipo de câncer são problemas que pode ter melhor atenção. Para isso a partir de agora contaremos com livro de registro de mamografia, onde poderemos conhecer quantas mamografias estão em dia, quantas mulheres tem atrasos na realização deste exame e quantas estão avaliadas em termos de risco. Além de manter o registro na ficha de atendimento individual e prontuários clínicos o que permitirá uma avaliação mais efetiva do programa.

No que se refere ao atendimento de usuários com hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus: Segundo o CAP Temos uma população de 364 pessoas com Hipertensão, destes 63% (327) são acompanhados pela equipe e 73 pessoas com Diabetes. 44% (67) são acompanhados. Eles têm atendimento de segunda a quinta-feira, de manhã à tarde. Todos os usuários que se atende na UBS são de nossa área de cobertura, não existindo excesso de demanda espontânea

para usuários com problemas agudos de HAS e DM. Contamos com o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde para estas doenças. Contamos com os prontuários clínicos e as fichas de atendimento individual para o registro das informações. Todos os profissionais da equipe realizam atendimento para esses usuários, os quais saem de cada consulta já com a próxima consulta agendada. Semanalmente nossa equipe se reúne com o grupo de pessoas com hipertensão e diabetes, onde são realizadas diferentes atividades de promoção e prevenção de saúde, como exemplo palestra educativas, controle de peso e de pressão arterial.

Sobre a atenção às pessoas idosas: Nossa unidade de saúde atende uma população de 236 pessoas maiores de 60 anos, sendo que 67% (226) são atendidas pela equipe. A forma de registro não permitiu preencher com sucesso todos os denominadores do Caderno de Ações Programáticas, devido ao fato de não termos nenhum registro específico de atendimento do idoso. Assim, os dados para o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas foram tomados dos prontuários clínicos e dos registros individuais dos ACS da UBS. A equipe realiza reuniões semanais para coordenar, organizar e planejar a atenção ao usuário idoso. Do total de pessoas idosas, todos têm a caderneta, todos têm recebido orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis e para realizar atividade física regular. Aproximadamente 198 idosos, que corresponde com 84% do total, têm avaliação multifuncional rápida. Avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice foi realizada em 64% dos idosos acompanhados. Essas questões devem ser melhoradas no processo de trabalho. Do total de usuários idosos, 196 (83%) padecem HAS e 56 padecem DM que corresponde com 24%. Fazemos atendimento a pessoas idosas todos os dias da semana em todos os turnos de trabalho exceto nas sextas-feiras. Todos os profissionais da equipe participam no atendimento da pessoa idosa, que sai com sua próxima consulta agendada em cada atendimento. Existe demanda e oferta de consultas, mas sem excesso. O atendimento é realizado por protocolo estabelecido pelo Ministério de Saúde. São desenvolvidas na UBS ações de imunizações, promoção de atividade física, saúde bucal, saúde mental e hábitos alimentares saudáveis. Também são diagnosticados e tratados problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, de saúde mental e mobilidade por alcoolismo, obesidade e tabagismo. Os atendimentos clínicos dos idosos são registrados nos prontuários clínicos e ficha espelho de vacina. Os idosos na unidade de saúde recebem

informações dos profissionais relacionadas com os problemas de saúde de maior prevalência tais como HAS, DM e depressão. Nossa equipe realiza atividades com os grupos de idosos quatro vezes ao mês, onde participam todos os profissionais da equipe, além participam aproximadamente 50% das pessoas idosas. Também são realizadas visitas domiciliares para esses usuários, fazemos levantamento dos idosos que necessitam receber cuidado domiciliar e são visitados por todos os membros da equipe em caso de ser necessário. Ainda sobre saúde do idoso, em nossa área cobertura existe uma casa de ancião (asilo), onde os moradores recebem atendimento completo da equipe uma vez ao mês. Nessa ocasião são desenvolvidas ações de imunizações, promoção de atividade física, saúde bucal, saúde mental, hábitos alimentares saudáveis e são diagnosticados e tratados problemas clínicos em geral. Com relação à consulta de odontologia, também se faz este mesmo processo, o atendimento é realizado por um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório dentário. Em ela são realizados procedimentos de atenção básica (raspagem corona-radulares, restaurações, exodontias, fluoroterapia, além de atendimento de urgências, puericultura, atendimento a gestantes, grupos e ações coletivas entre outros). Os usuários são marcados por horário e as demandas espontâneas são atendidas entre estes.

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

Uma primeira diferença que pode ser notada entre o texto inicial e o RAS, é que, sendo o texto inicial sem roteiro, escreve bastante sobre aspectos teóricos e deixei de abordar vários aspectos do dia a dia da equipe, como questões relacionadas com a pesquisa do câncer de colo de útero e de mama, a saúde do idoso, situação da casa de idoso. Algumas questões organizacionais das reuniões da equipe e os temas relacionados com o planejamento, organização, avaliação, monitoramento das ações de saúde dos programas analisados. Isso pelo fato de no texto inicial não termos uma visão sistematizada sobre o que estávamos avaliando e descrevendo, foi um olhar mais subjetivo e sem embasamento nos marcos legal.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão, segundo dados do Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão. Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. A hipertensão arterial é responsável por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo. Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais. No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença. Além disso, a maior parte das pessoas portadoras de Diabetes Mellitus é também hipertensa, somando fatores de risco.

Nossa unidade atende sete microáreas, duas das quais estão localizadas na zona rural, mas a UBS está localizada no centro da cidade. A população estimada é de 2589 habitantes aproximadamente, Conta com uma equipe de ESF, integrada da seguinte forma: uma enfermeira, um médico, uma técnica em enfermagem, uma odontóloga, uma técnica de saúde bucal, uma recepcionista e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Todos responsabilizados integralmente com a saúde da população que atendemos. Nossa equipe não tem vínculo com instituições de ensino. A USF é pequena, são seis peças incluindo o banheiro. Estruturada da seguinte forma: uma sala pequena para a recepção, uma sala/consultório de vacina

que é a mesma de enfermagem, um consultório de odontologia, uma sala de curativo multifuncional (sala de curativo e local da técnica de enfermagem) e um consultório médico multipropósito. O posto de saúde permite o acesso dos usuários com dificuldade de locomoção, no entanto a entrada com cadeira de rodas é bastante difícil, por ser um local muito pequeno. Comparando com o que pede manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, pode-se observar que estamos bem aquém do preconizado.

Nossa ESF esta locada no centro da cidade de Pinheiro Machado, tem uma população estimada de 2589 habitantes, no entanto não se conhece com certeza o total da população por não contar com o total das áreas coberta por agente de saúde. Na população da área 1207 são homens e 1382 mulheres de elo aproximadamente 346 são hipertensos e 73 diabéticos. É uma comunidade acostumada a comer com muita gordura nas comidas, com um alto índice de Doenças Dislipidêmicas e sedentarismo. Pretendemos realizar verificação do cadastro de toda a população da área de abrangência, com participação dos agentes comunitários de saúde, e assim, verificar realmente qual o número atual de hipertensos e diabéticos de nossa área pra tratar de alcançar de um 75% - 80% de cobertura na atenção.

Nosso projeto tem como objetivo o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus e seus fatores de risco e complicações na população assistida, auxiliando na redução do impacto social e econômico decorrentes do seu contínuo crescimento com a prevenção e identificação oportuna e tratamento adequado da doença e suas complicações. Com isso esperamos melhoria da qualidade na atenção do usuários hipertensos e diabéticos, determinação e atuação sobre os principais fatores de risco que influem em nossa comunidade e assim diminuir as complicações destas doenças.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Zona Leste, Pinheiro Machado/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relativas ao objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 e 1.2 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 e 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 2.3 e 2.4. Garantir a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 e 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 e 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Meta 3.1 e 3.2. Buscar 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

Meta 6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na **Zona Leste, Pinheiro Machado/RS**. Participarão da hipertensos e diabéticos usuários da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a Cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos

Metas: 1.1 e 1.2

Cadastrar 80% dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

-Cadastrar todos os usuários com DM e HAS da área de cobertura da unidade de saúde.

-Monitorar a cobertura dos usuários com DM e/ou HAS mensalmente.

Detalhamento das ações:

O cadastramento será feito pela equipe saúde depois de realizada a avaliação clínica previa identificação dos usuários residente no micro área com provável HAS e DM por os agentes comunitários de saúde, e a cada fim de mês nós faremos uma revisão da cobertura para avaliar os indicadores e quanto nos falta para alcançar a meta proposta. Avaliaremos as dificuldades e fortaleceremos o controle pelos responsáveis que serão as técnicas de enfermagem e o médico na UBS.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

-Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

-Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

-Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

A enfermeira junto com a técnica de enfermagem vai fazer um registro com todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa até agora. Entre as informações inseridas no registro estão Nome, idade, doença, tratamento.

Os ACS ficarão responsáveis por trazer os registros de hipertensos e diabéticos que tem registrados.

A enfermeira ficará responsável de Capacitar os auxiliares de enfermagem e os ACS em o salão de reunião, duas vezes à semana por uma hora as segunda e

sexta-feira. E supervisionar, de forma permanente os usuários registrados, para melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e Diabetes.

Nossa equipe de saúde fará a verificação dos equipamentos necessários para a identificação das doenças na unidade como (esfigmomanômetro e para realização do hemoglicoteste na unidade).

Eixo: 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 das ações:

As orientações para a comunidade serão feitas mediante as visitas domiciliares todas as terças-feiras, conversas na unidade e durante as consultas. Toda equipe de Saúde ficará responsável por estas atividades.

Eixo: 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 e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações:

O médico e a enfermagem farão duas conversas educativas e atuais sobre os principais fatores de riscos de estas doenças, sinais e sintomas. Uma vez por semana em as reuniões de equipe.

Avaliar e controlar o uso de uma boa técnica para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg por nossa equipe de saúde.

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

Metas: 2.1 à 2.8

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

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

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

-Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos hipertensos e diabéticos.

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

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

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

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

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

- Monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

O Médico e enfermeira serão responsáveis por monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, será feito todos os dias da semana.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

-Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

-Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

-Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

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

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

Detalhamento das ações:

-A técnica de enfermagem medirá a pressão arterial junto com o peso e altura a cada usuário agendado.

-A enfermeira preencherá o formulário das pessoas com fatores de risco e PA elevada e também irá fazer o hemoglicoteste.

- O médico realizará rodas de conversas atuais do protocolo uma vez por semana a toda equipe de saúde.

- A enfermeira e o médico em todas as semanas procurarão manter os registros atualizados

- A equipe de enfermagem imprimirá os protocolos para uso de todo o pessoal da UBS.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

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

-Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

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

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

Detalhamento das ações:

Serão realizadas atividades em grupo, bem como os ACS serão capacitados para orientar e informar os membros da comunidade.

Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

-Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

-Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

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

Detalhamento das ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

O médico é o principal junto com a enfermagem os principais participantes e responsável de capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado a primeira semana do trabalho.

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

Metas: 3.1 e 3.2

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

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

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

Detalhamento das ações:

-O médico e enfermeira juntos farão o monitoramento das consultas previstas ao final da semana. Cada sexta feira comparamos a assistência de acordo ao protocolo dos usuários agendados, antigos ou novos.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

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

Detalhamento das ações:

Uma vez por semana a equipe de saúde indicará a quantidade do faltosos a consulta, e irá fazer a visita para agenda uma nova consulta.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

Detalhamento das ações:

Toda equipe de saúde será responsável de fazer às orientações em seu local de trabalho todos os dias.

Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A ser realizado pelo médico.

A enfermagem ao fazer o registro ou fazer avaliação do risco cardiovascular fizera as orientações sobre a importância das consultas de acordo ao protocolo.

Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

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

Detalhamento das ações:

-A enfermeira irá fazer uma vez por semana a orientação a os ACS.

Em cada reunião de equipe, tem um tempo para capacitação dos profissionais sobre os protocolos adotados pela unidade de saúde

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas: 4.1 e 4.2

Metas 4.1. e 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

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

Detalhamento das ações:

O médico e a enfermeira serão os principais responsáveis. O registro será feito pela enfermeira diariamente com cada usuário agendado, ao final da semana será monitorado e avaliado o registro dos usuários que compareceram à consulta médica junto com a enfermagem.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento das ações:

A enfermagem junto com a técnica será responsável de levar o controle e registrar os usuários com diabetes e hipertensão diariamente.

Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

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

Detalhamento das ações:

Toda nossa equipe de saúde tem que conhecer o registro que estamos fazendo dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como adequado preenchimento. A enfermagem ficará responsável pela capacitação a respeito dos registros.

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

Meta 5.1. e 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

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

Detalhamento das ações:

A enfermagem junto com a técnica de enfermagem serão às responsáveis do fazer o monitoramento semanal dos usuários.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações:**

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

Detalhamento das ações:

O recepcionista receberá as orientações para priorizar o atendimento destes usuários encaminhando-os para enfermeira e a técnica de enfermagem.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações:**

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

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

Detalhamento das ações:

Todo o equipe de saúde participara e será responsável. O médico fará conversas educativas, os agentes comunitários informando e orientando sobre a importância do controle dos fatores de riscos.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO**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 quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações:

O médico junto com a enfermeira irá orientar todo o pessoal de saúde, mediante conversas em reuniões como fazer uma melhor avaliação e seguimentos destes usuários.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3. e 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.5. e 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.7. e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Eixo: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Detalhamento das ações:

-A enfermeira fizera um controle sobre a realização de orientação sobre o risco do tabagismo perguntando a os usuários que vem à unidade de saúde.

- Odontologista irá dar as orientações sobre a higiene bucal mediante o atendimento individual e coletivo aos usuários.

- O médico junto com a enfermeira será responsável pelo controle das orientações aos usuários.

Eixo: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

-Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

-Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

-Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

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

Detalhamento das ações:

- Convidar a nutricionista a participar em este novo labor uma vez por semana junto a todo o pessoal médico. A enfermagem e responsável.

- A enfermagem tratara de coordenar a participação de educador físico para melhorar o conhecimento da importância de fazer atividade física.
- A enfermeira e o médico tem fazer as coordenações para ter o tratamento do abandono ao tabagismo na secretaria de saúde.
- O odontologista junto com sua assistente fez uma avaliação de quanto tempo em geral precisam para cada consulta.

Eixo: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

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

Detalhamento das ações:

- Todo o equipe de saúde ficara responsável para orientar corretamente à comunidade sobre a alimentação.
- Os agentes comunitários diariamente em suas visitas a comunidades levaram as corretas orientações corretas de atividades físicas.
- Todo o equipe de saúde participara de maneira ativa orientando e informando sobre a existência e importância de abandonar o tabaquismo.
- O odontólogo junto com sua assistente informaram a o pessoal de nossa comunidade com conversas, reuniões sobre a importância da higiene bucal.

Eixo: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações:**

-Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

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

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

-Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações:

-O Nutricionista realizará conversa uma vez por semana melhorando o conhecimento da equipe de saúde sobre alimentação saudável.

-A enfermagem coordenará a capacitação do pessoal da unidade de saúde, por um educador físico em a secretaria de saúde.

-O médico mediante conversas educativas orientara semanalmente ao pessoal de sua Unidade, sobre as condutas para melhorar a saúde em geral de a comunidade.

-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. O odontólogo informara a todo o equipe sobre às orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Metas relativa ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporções 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.

Metas relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos.

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos.

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos.

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos.

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos.

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos.

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

Numerador: Número de usuários 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 Hipertensão Arterial e Diabetes vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013 (BRASIL a, BRASIL b, 2013) que já temos imprimido na UBS. Utilizaremos o Prontuário clínico onde são registrados os atendimentos dos adultos com HAS e DM. Além disso, para poder coletar todos os Indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão utilizar ficha espelho fornecidas pelo curso (UFPel) que serão necessárias a impressão de um número de fichas que iremos á providenciar junto a gestão. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados oferecida pelo curso.

A enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com HAS e DM que chegarem ao serviço para a consulta de controle e reunião de grupo nos meses da intervenção. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para o registro. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais e tratamento médico.

A enfermeira junto com a técnica de enfermagem irá fazer um registro com todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa até agora. Os ACS trarão seus registros para contribuir. A enfermeira irá capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente os usuários registados, para melhorar o acolhimento das pessoas com HAS e Diabetes. Nossa equipe de saúde verificou os equipamentos necessários para a identificação das doenças na unidade como (esfigmomanômetro e para realização do hemoglicoteste na unidade). Os Agentes de Saúde informaram a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde diariamente.

O médico junto com a enfermeira deve capacitar à técnica de enfermagem e os agentes comunitários e supervisioná-los, de forma permanente. Os agentes de saúde encaminharão à consulta os usuários rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão e diabetes, como antecedentes familiares ou sintomas.

As capacitações serão realizadas na própria USB, onde já temos cadeiras, mesas, computadores e insumos necessários. Eu e a enfermeira iremos preparar as capacitações: temas, material didático e o monitoramento a aprendizagem.

O médico irá realizar o exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. Irá indicar todos os exames de acordo ao protocolo, a enfermeira junto com os agentes de saúde tem que levar o controle sobre a realização dos exames de cada usuário. A capacitação será realizada com todo pessoal da equipe, em atualização e conhecimento dos protocolos destas doenças. Para poder levar a comunidade uma maior orientação em quanto a riscos e complicações de estas doenças.

Para melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, as enfermeiras, juntamente com os agentes de saúde, levarão um controle sobre os doentes faltosos à consulta, com uma busca ativa todas as terças-feiras em a reunião de equipe. Onde iremos planificar quais deles estão faltosos a consulta. Em cada reunião de grupo o médico junto a enfermeira informará a importância das consultas e sua periodicidade.

Para melhorar o registro das informações iremos capacitar a nossa técnica de enfermagem para que efetue o registro de todos os doentes crônicos (HTA, DM) o melhor possível. Mantendo as informações ao dia dos usuários cadastrados em relação número de consulta, tratamento, resultados dos exames. Os Agentes de

saúde irão orientar os usuários da comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular a Equipe da EPSF realizará na consulta para confirmação diagnóstica a avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos–alvo e morbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão e diabetes aos 100 % dos usuários registrados e aos novos. Também a equipe da ESF deverá orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Para realizar com sucesso a estratificação de risco devemos garantir junto a gestão a realização de exames complementares dos usuários em acompanhamento. Ainda com a intenção de diminuir os fatores de risco na comunidade, o médico e sua enfermeira farão palestras para esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como obesidade e alimentação).

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos nossa equipe de saúde desenvolverá atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade, de forma individual no acolhimento, nas consultas ou visitas domiciliares, e também em grupos com os usuários hipertensos e diabéticos. Orientaremos a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira. A equipe de saúde em conjunto com a assistente de odontologia e enfermeira tem como tarefa orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, o que deverá ser feito da mesma forma que as demais orientações.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Monitoramento.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.	X											
Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.	X											
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	X				X				X			
Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.	X		X		X		X		X		X	
Atendimento clínico e cadastro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e envolver educadores físicos nesta atividade.	X			X			X		X		X	

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas e desenvolvidas

As ações previstas no projeto de intervenção foram divididas em 04 eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

No eixo da avaliação e monitoramento foi solicitada a Gestão do município as fichas espelho para os hipertensos e diabéticos e foi implantada na UBS permitindo monitorar com maior eficácia, tanto as realizações do exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos bem como o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais em dia e com acesso aos medicamentos da farmácia popular.

Durante a intervenção na primeira semana, na principal tarefa foi a capacitação da equipe e dos agentes comunitários de saúde, fiz duas palestras essa semana, junto à enfermagem e odontóloga. Nas reuniões de equipe sempre as dúvidas foram discutidas em conjunto (Figura2).



Figura 2: Reunião de Equipe. Fonte: Arquivos do especializando

Revisamos os cadernos do Ministério da Saúde que falam sobre a hipertensão e diabetes (*Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013* e *Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013.*) ó que permiti-o um melhor abordagem do tema nas palestras apresentadas, ainda solicitei todos os exames laboratoriais de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, ainda adotamos a ficha espelho como forma de controle de nossos usuários.

Realizei na primeira semana de intervenção uma reunião com a assistente de farmácia e a enfermeira sobre o controle dos estoques de medicamentos na unidade, decidimos atuar de forma conjunta aonde a responsabilidade foi compartilhada, realizamos um levantamento do estoque e a data de validade dos medicamentos na unidade e registramos, ao longo da intervenção acompanhei a realização do pedido de medicamentos, é de extrema importância que o profissional medica tenha conhecimento dos medicamentos que estão à disposição na unidade na hora de prescrever um medicamento para um usuário, se o usuário sair com o medicamento da unidade as chances de adesão ao tratamento é muito maior, por isso devemos sempre priorizar fármacos que estejam a nossa disposição.

Todos os usuários crônicos do alto risco são avaliados no posto segue planejamento prévio das consultas, primeiramente o são avaliados pôr recepcionista os doentes que são agendados ou citados ao posto médicos. Após são avaliados novamente pôr as duas enfermagens e elas passam para meu para fazer a avaliação definitiva. Dos momentos mais importantes para se dar as orientações quanto a cuidados com a alimentação, disponibilidade de medicamentos e seu uso além de informações sobre as possíveis complicações da hipertensão e do diabetes é durante a consulta, para isso é necessário estar aberto para ouvir as duvidas e anseios dos usuários que estão em nossa frente e buscar dar resolutividade para seus problemas. Durante as consultas individuais dos usuários eu oriento quanto os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, é sempre importante aproveitarmos as consultas para realizarmos estas atividades de educação em saúde, o empoderamento dos usuários sobre as condições e as implicações de suas enfermidades é a melhor forma de prevenir complicações futuras, as orientações muitas vezes parecem repetitivas mais é sempre importante reforçar com os usuários e estar sempre aberta para dúvidas, outra orientação que faz parte da rotina da consulta é a importância da periodicidade dos exames complementares, eles têm que entender que só assim teremos uma melhor condição de avaliar a sua real condição de saúde e definir assim a terapêutica a ser utilizada, quanto a escolha da terapêutica tenho tido o cuidado de prescrever medicamentos que estão disponíveis na unidade ou na farmácia popular, ainda oriento quanto a gratuidade para a retirada destes medicamentos na unidade e nas farmácias que tem o selo “farmácia popular”, creio que o acesso facilitado aos medicamentos tem permitido uma melhor adesão dos usuários ao tratamento. Além disso, logramos articular a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos que acediam a consulta medica foram vistos também por a odontóloga brindando a sem uma atenção mais completa é integral no dia a nosso usuário ó que causo uma de major satisfação a ellos.

Além da consulta outro momento importante são os grupos onde muitas vezes os familiares participaram ajudando à prevenção e promoção de saúde, neles podemos conversar de forma mais ampla sobre diversos temas transversais a hipertensão e diabetes, além de permitir a troca de experiências entre os usuários, procurei sempre atender da forma mais integral possível as demandas que me apresentavam tanto nas consultas quanto nas atividades de grupo, novamente as

orientações quanto as complicações da hipertensão e diabetes estão presentes bem como informações sobre o acesso aos medicamentos e a importância dos exames complementares, o bom das atividades em grupo que as orientações são realizadas por toda a equipe o que de certa forma reforça a importância perante os usuários, além de ser um momento de troca de experiências entre os usuários. Um problema que enfrentei na realização de atividades coletivas foi a falta de estrutura física da unidade, a falta de espaço para a realização dos grupos, o qual foi resolvido com ajuda e participação comunitária para poder realizar as atividades coletivas de prevenção e promoção em saúde (Figura 3).



Figura 3: Atividades de Grupo no Salão da Igreja.

A maior dificuldade que encontrei foi a demora na realização dos exames complementares, isto impossibilitou muitas vezes a adequação da terapêutica dos usuários. Este problema foi planteado por meu ao secretário de saúde e o gestor de saúde do município e quedo para pronta solução.

Outra da dificuldade presentada em um momento durante a realização da intervenção foi a falta de ficha espelho para o total de usuários hipertensos e diabéticos problema resolvido em conjunto com a equipe de saúde.

Outra dificuldade que encontrei foi A busca ativa foi uma dificuldade devido à falta de organização ao começo de projeto. Mas pouco a pouco consegui diminuir o número de faltosos nas atividades, conversando com eles sobre a importância de

serem acompanhados e de comparecerem as consultas nos dias agendados, tivemos que pensar em novas estratégias para procurar aos faltosos no decorrer da intervenção, como através das visitas periódicas por os AGS e ligação telefônica para os faltosos que ajudou muito o comparecimento dos usuários.

Em conversa com minha Enfermeira discutimos sobre a importância de seguirmos o protocolo do Ministério da Saúde e de estarmos sempre atualizados e suas análises nas reuniões de equipe.

3.2 Ações que não foram desenvolvidas

Todas as ações previstas foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta de dados foi relativamente tranquila apenas demandava maior tempo durante a consulta para a realização dos diversos registros, a maior dificuldade foi lidar com a planilha de coleta de dados. Consegui superar as dificuldades do registro na planilha de coleta de dados com ajuda da enfermagem e orientadora que me indicava nos nossos diálogos onde eu estava errando, o aprendizado durante este tempo foi muito bom.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Creio que as ações desenvolvidas durante a intervenção já estão integradas a rotina da unidade, agora com ajuda da equipe vou conseguir dar continuidade as ações e melhor ainda mais a cobertura de atendimento a hipertensos e diabéticos. A minha equipe de fato, está aceitando bem a incorporação das práticas que desenvolvi ao longo das doze semanas na rotina da unidade, e não somente a

equipe como a gestão municipal já está ciente e disponibilizando o material necessário como as fichas espelho para a continuidade da intervenção.

Muitas das ações realizadas na intervenção ajudaram a melhorar o atendimento em geral na UBS, sendo tomado como base para continuar o mesmo em outros grupos onde também é importante trabalhar para seu desenvolvimento e integração aos programas de saúde nacionais.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 e 1.2: Cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Na área adstrita da minha equipe temos uma estimativa de 2557 usuários e destes aproximadamente 389 são hipertensos com 20 anos ou mais, de acordo com o VIGITEL, 2011. No primeiro mês de intervenção foram atendidos 84 hipertensos (21,6%), no segundo mês 212 foram cadastrados que equivale a (54,5%), e no terceiro mês com um total de 318 usuários hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados uma proporção de (81,7 %), conforme a Figura 4.

A meta de cobertura era de 80% para hipertensos, atingindo-se ao final da intervenção, 318 (81,7%) hipertensos com 20 anos ou mais. Devemos sempre ter como objetivo principal alcançar uma cobertura 100% mas minha meta foi chegar aos 80% a qual foi lograda e sobrepesada em um 81,7%. O número dos usuários cadastrados à medida que foi passando o tempo melhorou. A principal dificuldade foi na organização inicial do projeto coisa que se solucionou ao final das primeiras semanas. Permitindo-nos estes resultados ao final da intervenção. Ademais, creio que nos próximos meses estaremos em 100% de cobertura Estes bons resultados foram possíveis através da implementação de ações nos quatro eixos; avaliação e monitoramento e organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público.

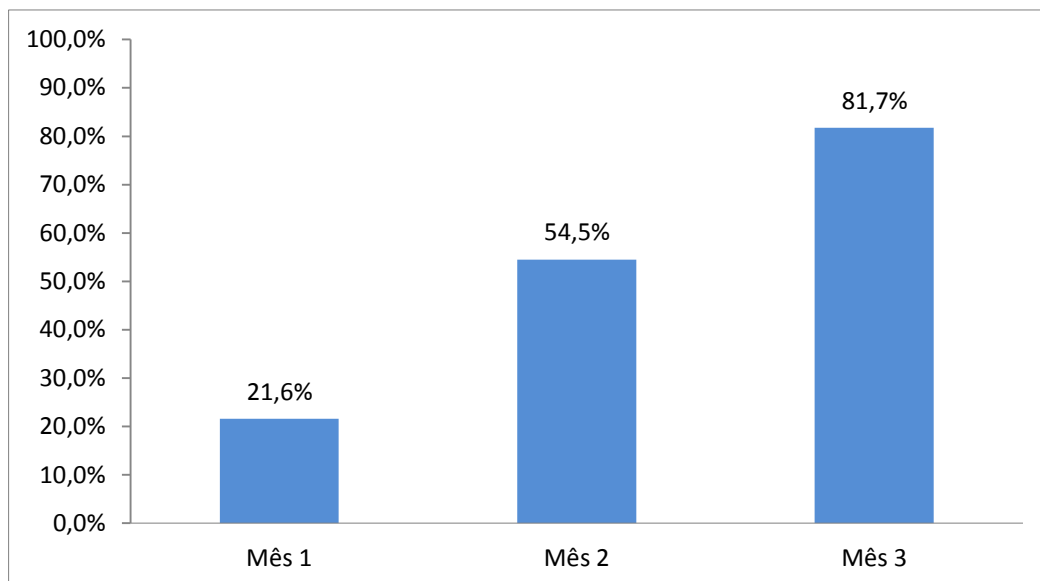


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Na área da minha equipe temos uma estimativa de 2557 usuários e uma estimativa de 96 diabéticos com 20 anos ou mais, no primeiro mês de intervenção foram cadastrados de 28 usuários (29,2%), no segundo mês de o número de cadastrados foi de 63 (65,6%) diabéticos, no terceiro mês logramos 97 usuários cadastrados 101% da população de diabéticos com 20 anos ou mais (Figura. 5).

Finalizamos a intervenção com um sobre cumprimento das a meta pactuada de 80%, ao final chegamos a cobrir totalmente e sobre passar a cobertura dos usuários diabéticos. O número dos usuários cadastrados à medida que foi passando o tempo melhorou permitindo obter etos resultados.

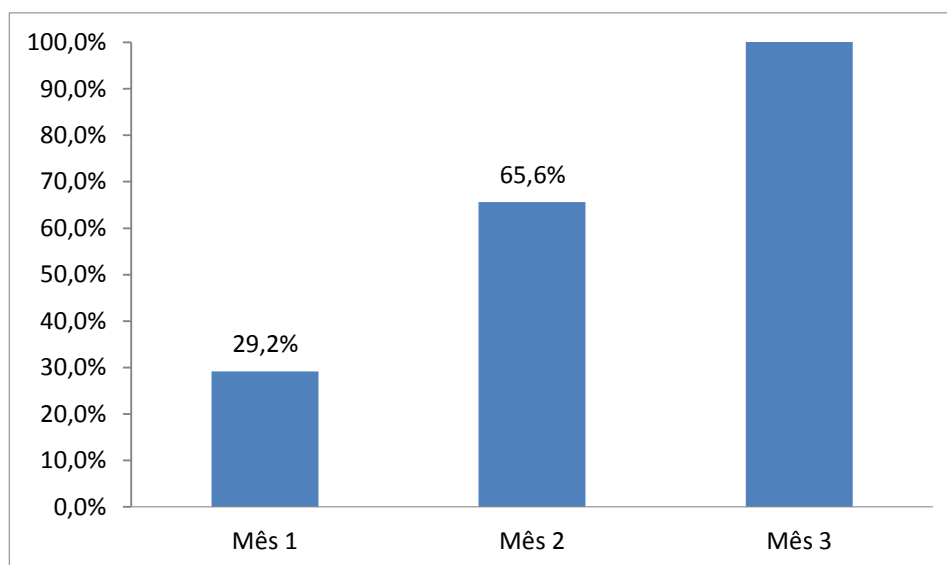


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

OBJETIVO 2.Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Tivemos 84 cadastrados cujo exame clínico apropriado foi realizado em um total de 81 (96,4%) hipertensos no primeiro mês, no segundo mês cadastramos 212 hipertensos e destes 211 (99,5%) tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo, e ao final do terceiro mês de intervenção chegamos a um total de 318 usuários que tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo logrando atingir 100% da meta pactuada (Figura 6).

A proporção de usuários com exames clínicos em dia foi elevando-se desde as primeiras semanas do estudo, o que nos permitiu obter estes resultados. Este intercâmbio com os usuários dia após dia foi ganhando em aceitação e relacionamento por parte de eles para alcançar ao final 100%.

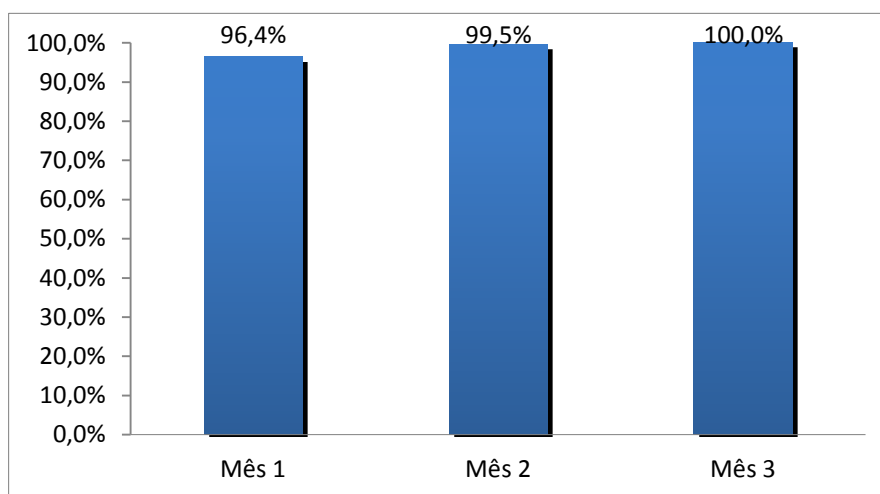


Figura 6: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

No primeiro dia de intervenção, das 28 pessoas com diabetes cadastradas na unidade 27 (96,4%) tiveram o exame clínico completo com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade realizado de acordo com o protocolo adotado, no segundo mês o número total de diabéticos cadastrados foi de 63 sendo um total de 62 (98,4%) com o exame de acordo com o protocolo, no final do terceiro mês de intervenção 97 usuários diabéticos com 20 anos ou mais

cadastrados o 100 % tência exame clinico realizado, de acordo com o protocolo (Figura 7).

Ao longo três meses conseguimos criar vínculo com os usuários e organizar o processo de trabalho para que ao final da intervenção se conseguisse obter etos resultados.

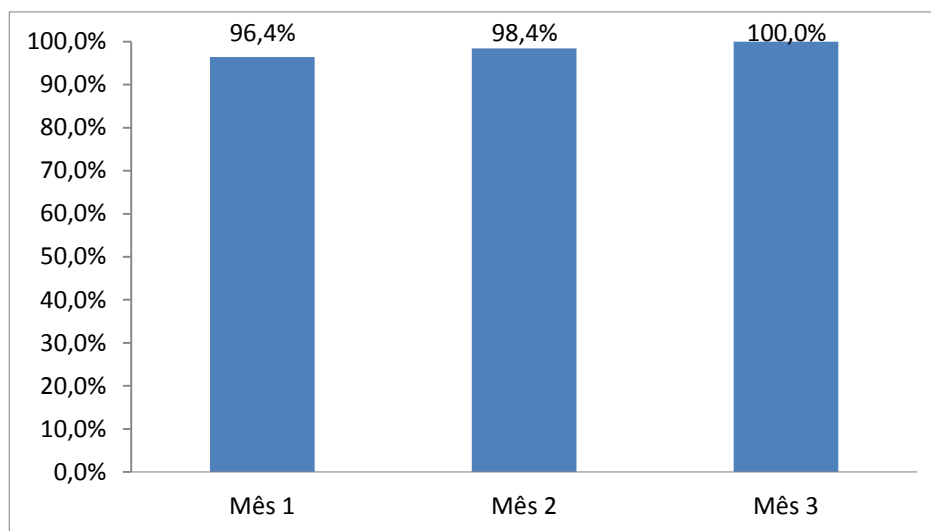


Figura 7: Proporção de diabéticos com o exame clínico completo em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.3 e 2.4: - Garantir a 100 % dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês dos 84 hipertensos cadastrados 51 (60,7%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês dos 212 usuários cadastrados 138 (65,1%) possuíam exames complementares em dia, finalizou-se a intervenção com um total de 318 hipertensos cadastrados sendo que destes um total de 221 (69,5%) possuíam os exames complementares em dia (Figura 8).

Em relação à meta de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, apesar de ter solicitado para todos os usuários devido à demora em marcação e realização dos mesmos até o fechamento deste relatório ainda não tinha o resultado dos exames de todos os usuários por isto não foi possível atingir 100%. Para a melhoria do indicador é necessário o gestor disponibilizar exames e resultado em menor espaço de tempo.

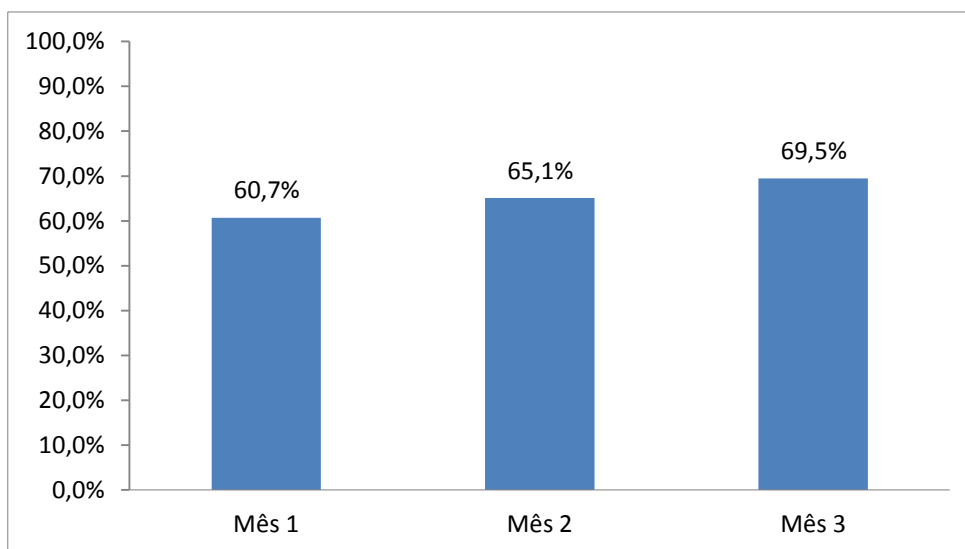


Figura 8: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês de intervenção dos 28 diabéticos cadastrados com 20 anos ou mais, 18 (64,3%) estavam com os exames em dia; no segundo mês o número foi de 63 cadastrados e destes 48 (76,2%) estavam com os exames em dia, ao final da intervenção tive um total de 97 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados 74 estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado, alcançando uma proporção de 76,3% (Figura 9).

Em relação à meta de exames complementares em dia, apesar de ter solicitado para todos os usuários devido à demora na realização dos mesmos até o fechamento desse relatório ainda não se tenham os resultados dos exames de todos os usuários, não sendo possível alcançar a meta de 100%.

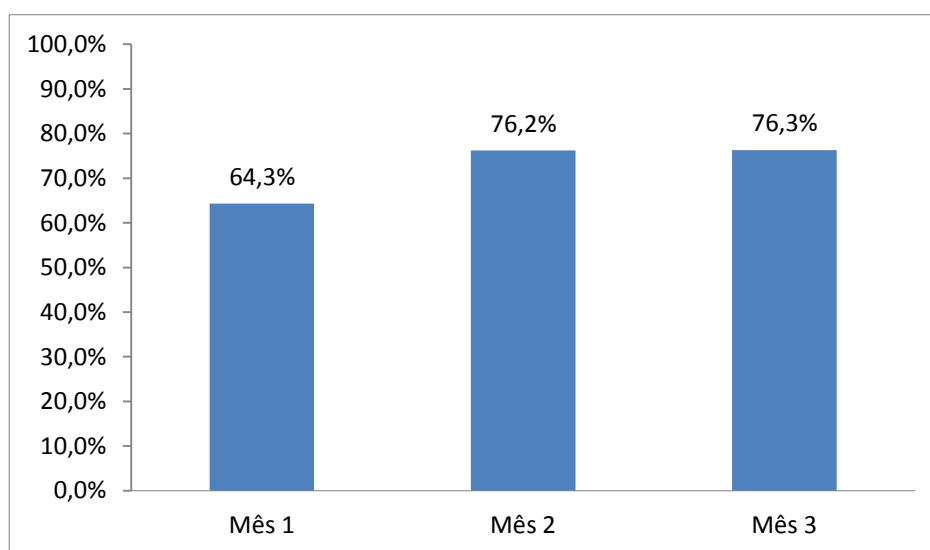


Figura 9: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês de intervenção dos 84 usuários hipertensos 76 (90,5%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês dos 212 cadastrados 199 (93,9%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ao final do terceiro mês o número de cadastrados era de 318 e o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular era de 304 (95,6%). (Figura 10)

A adequação da medicação é algo gradual, muitos usuários faziam uso da mesma medicação durante anos sem nenhuma adequação ou avaliação da efetividade do remédio, para tal adequação muitas vezes são necessários um bom acompanhamento do usuário ó exames complementares, outros levam tratamento só dietético que não decidi mudar se está controlado. Por estes fatores que a meta de 100% não foi atingida. Acho que os resultados obtendo podem ser considerados como muito bom este foi um trabalho gradual, muitas vezes de convencimento do usuário que o medicamento que é fornecido na unidade ou na farmácia popular de forma gratuita tem o mesmo efeito que o medicamento pago.

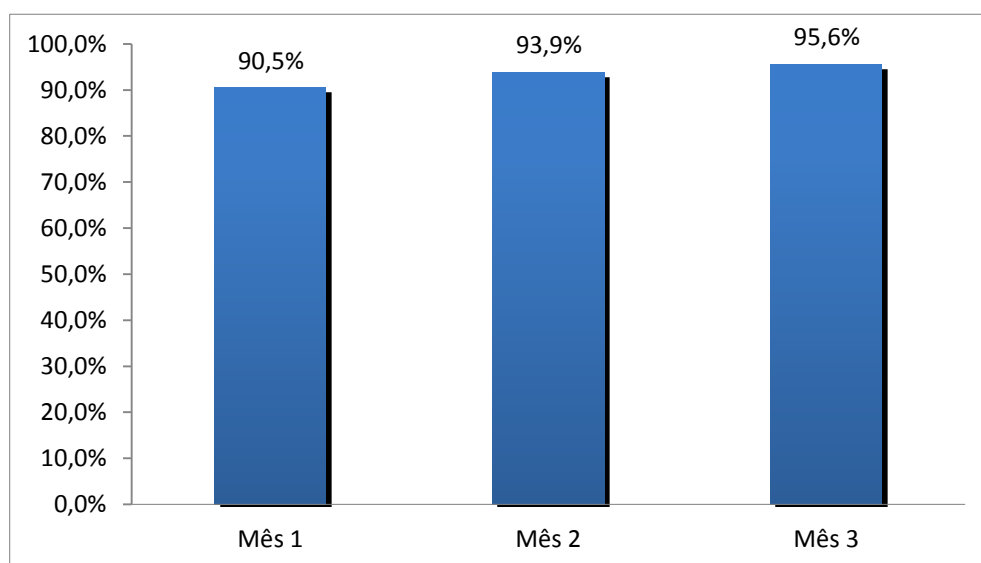


Figura 10: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

No primeiro mês de intervenção dos 28 usuários diabéticos 25 (89,3%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês dos 63 cadastrados 57 (90,5%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ao final do terceiro mês o número de cadastrados era de 97 e o número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular era de 90 (92,8%). (Figura 11)

Como os medicamentos para diabéticos são mais restritos, diferente dos medicamentos utilizados para hipertensos, em sua maioria são prescritos medicamentos que estão disponíveis na unidade e ou na farmácia popular. Alguns usuários só realizam tratamento dietético, não gerando, assim, grandes dificuldades em relação à meta e outros levam tratamento por complicações crônicas da doença impedindo usar medicamentos da farmácia popular.

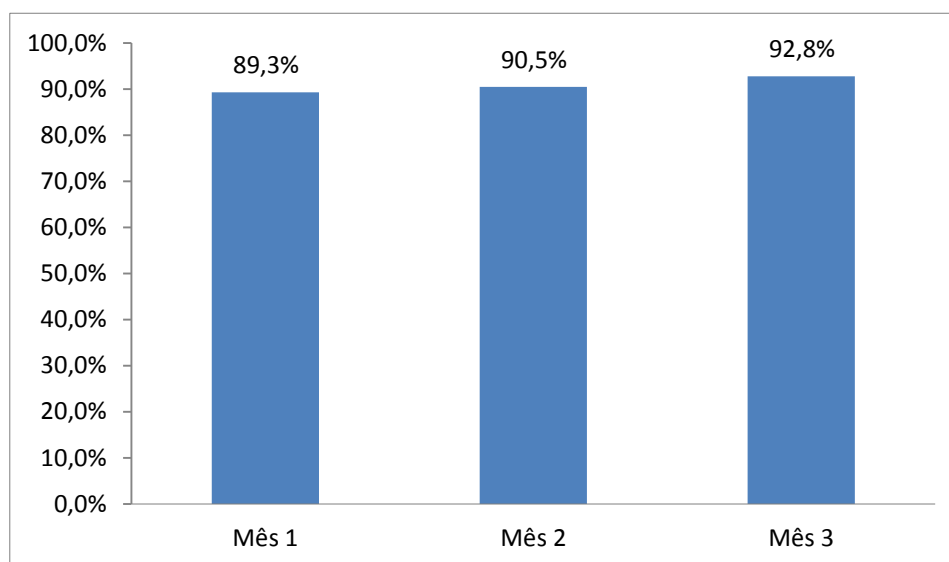


Figura 11: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos hipertensos e diabéticos.

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 84 usuários cadastrados 80 (95,2%) realizaram avaliação odontológica, no segundo mês o número de cadastrados era de 212 sendo que 210 (99,1%), ao final da intervenção tivemos um total de 318 hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 316 tinham passado por uma avaliação da necessidade de atendimento odontológico atingindo uma proporção de 99,4% (Figura 12).

Esta meta não foi atingida em 100%, mas consideramos os resultados como bons, já que foi aumentando progressivamente devido a estratégias feitas na unidade de saúde com vistas a lograr estos resultados, logramos articular a atenção dos usuários com diabetes para ser consultado pelo médico e passavam pela consulta medica e odontologica no mesmo dia.

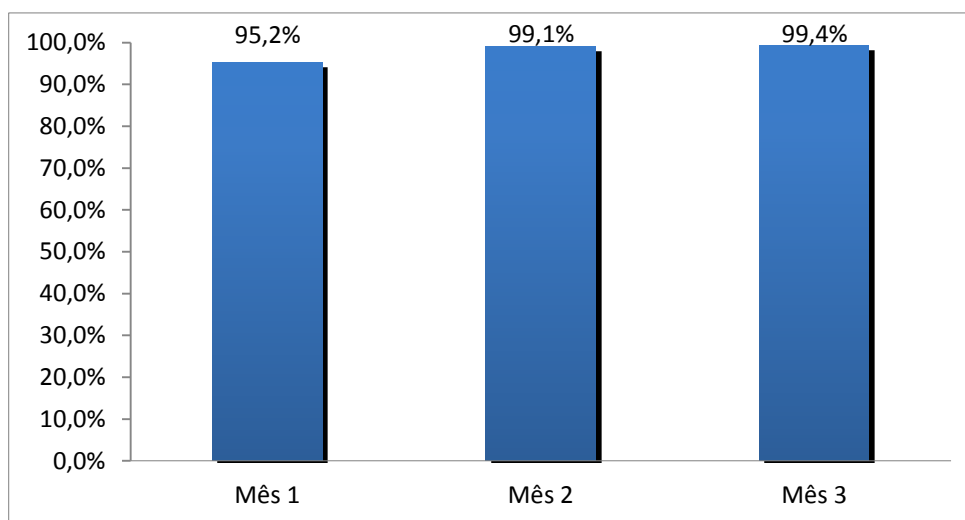


Figura 12: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No primeiro mês de intervenção tivemos um total de 28 diabéticos cadastrados sendo que 27 (96,4%) passaram por avaliação odontológica, no segundo mês dos 63 cadastrados 62 (98,4%), finalizei a intervenção com um total de 97 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 96 (99,0%) possuíam avaliação da necessidade de atendimento odontológico (Figura 13).

Esta meta não foi atingida em 100%, mas consideramos estes resultados bons, já que foi aumentando progressivamente devido a estratégias feitas na unidade de saúde: os usuários hipertensos passavam pela consulta medica e odontologica no mesmo dia.

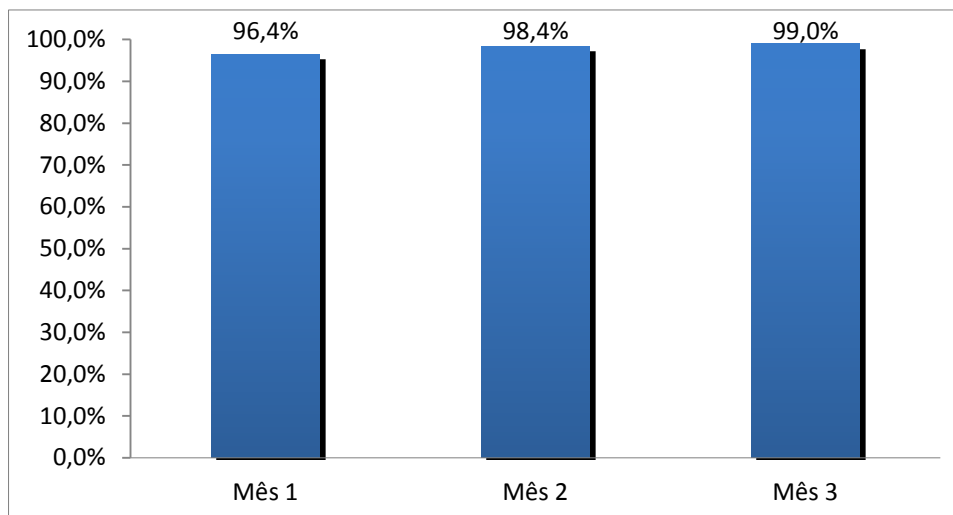


Figura 13: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Durante o primeiro mês de intervenção tivemos um total de 9 hipertensos faltosos a consulta e destes foi realizado a busca ativa para 9 (100%), no segundo mês o número de faltosos foi de 8 usuários e foi realizada a busca ativa 8 (100%), no terceiro mês finalizamos a intervenção com um total de 8 hipertensos faltosos e foi realizada a busca ativa de usuários 8 (100%) (Figura 14).

A busca ativa foi um dos problemas da intervenção, inicia lês pero logramos superar com o esforço e estratégias de todo o equipe de saúde junto permiti-o obter etos resultados ao final do estudo.

No primeiro mês de intervenção tivemos 4 usuários diabéticos faltosos a consulta e foi realizado a busca ativa de 4 (100%), no segundo mês de intervenção tivemos um total de 4 faltosos e destes realizamos a busca ativa de 4 (100%), no terceiro mês da intervenção com um total de 4 diabéticos faltosos e foi realizada a busca ativa de usuários 4 (100%) (Figura 15). A intervenção foi finalizada, buscando-se 100 % dos diabéticos faltosos, pelas razões explicadas anteriormente foi possível atingir 100% de cobertura dos usuários diabéticos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Dos 84 acompanhados no primeiro mês de intervenção um total de 84 (100%) estava com o registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês o número era de 212 cadastrados e 212 (100%) com o registro adequado, já no terceiro mês dos 318 hipertensos acompanhados o 100% com o registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 16).

O registro na ficha de acompanhamento é algo gradual e cíclico, constituem um documento médico-legal que surge da relação entre o pessoal da saúde e o usuário por isso deve ser feito de forma clara e legível por o trabalhador da saúde diga-se médico ó enfermagem técnico etc. em as consultas medica.

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 28 diabéticos acompanhados 28 (100,0%) estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento, já no segundo mês de intervenção o número de usuários acompanhados era de 63 sendo destes 63 (100%) estavam com o registro adequado, no terceiro mês dos 97 cadastrados 97 (100%) possuíam registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 17). O registro na ficha de acompanhamento atingiu 100%.

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

Metas 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Dos 84 hipertensos cadastrados no primeiro mês de intervenção, 67 (79,8%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia; no segundo mês o número de hipertensos acompanhados era de 212 e destes 165 (77,8%) possuíam a estratificação de risco cardiovascular, ao final do terceiro mês dos 318 cadastrados 221 (69,5%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia (Figura 15). A meta não foi alcançada porque a dificuldade presentada para ter os examine de laboratório feito em tempo eles impediram fazer as respectivas avaliações aos usuários.

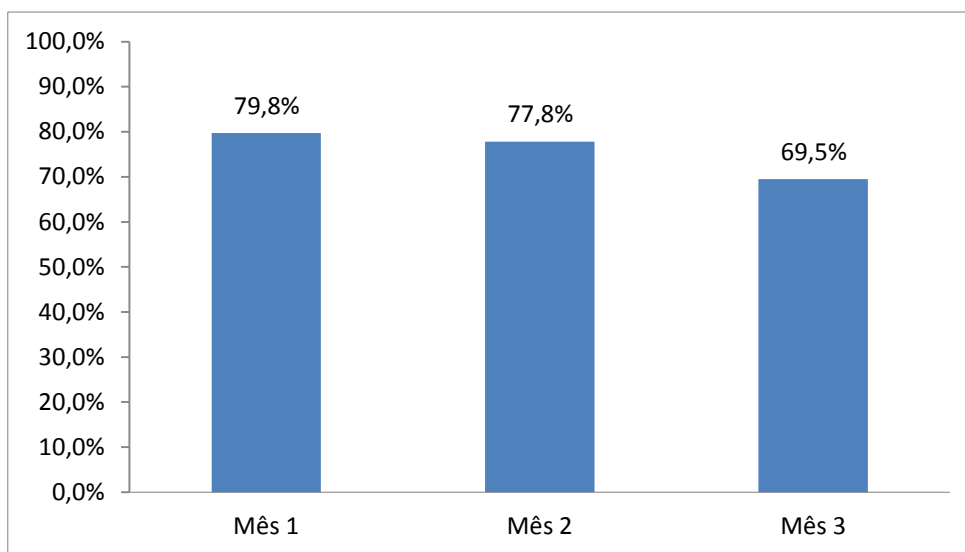


Figura 18: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 28 diabéticos acompanhados 26 (92,9%) possuíam a estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês o número de acompanhados foi de 63 e destes 58 (92,1%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia, já no terceiro mês finalizou-se com um total de 97 cadastrados e destes 74 (76,3%) com estratificação de risco cardiovascular (Figura 19).

A meta não foi alcançada porque a dificuldade apresentada para ter os exames de laboratório feito em tempo eles impediram fazer as respectivas avaliações aos usuários tema que fosse planteado em varias ocasiones a nosso secretario de saúde.

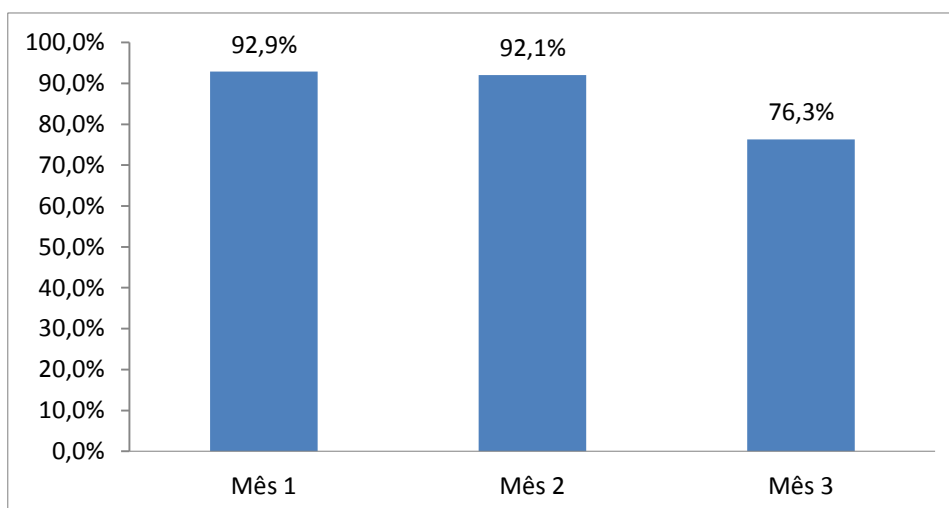


Figura 19: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Objetivo 6: Realizar ações de promoção da saúde voltada a melhorar saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2: - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

No primeiro mês de intervenção tivemos um total de 84 acompanhados e destes 81 (96,4%) receberam orientação nutricional, no segundo mês o número de acompanhados foi de 212 de um total de 210 (99,1%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, já no terceiro mês de intervenção 316 (99,4%) dos hipertensos com 20 anos ou mais tinham recebido orientação nutricional sobre alimentação saudável (Figura 20).

Os resultados obtidos foram muito bons, apesar de não ser 100% dos casos previstos. A orientação sobre alimentação saudável tem que ser algo que esteja de acordo com a realidade que cada usuário vive, ao longo dos meses procurou conhecer melhor alguns usuários e entender suas condições de vida, bem como, criar um vínculo para assim ter maior eficácia nas orientações sobre alimentação saudável.

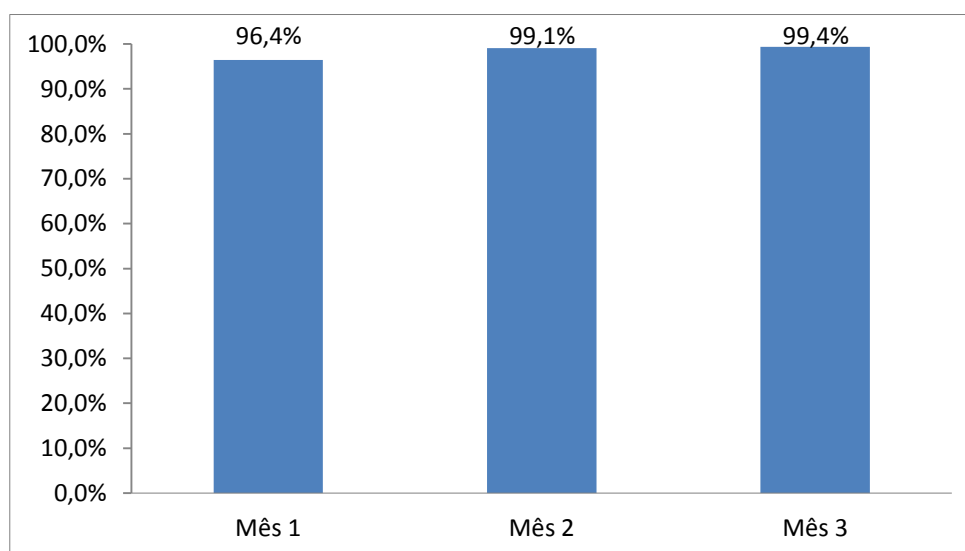


Figura 20: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

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

Dos 28 diabéticos acompanhados no primeiro mês intervenção 27 (96,4%) receberam orientações sobre alimentação saudável, no segundo mês o número de cadastrados foi de 63 e destes 62 (98,4%) receberam orientação nutricional, finalizei a intervenção com um total de 97 usuários diabéticos com 20 anos ou mais acompanhados 96 (99,0%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável (Figura 21).

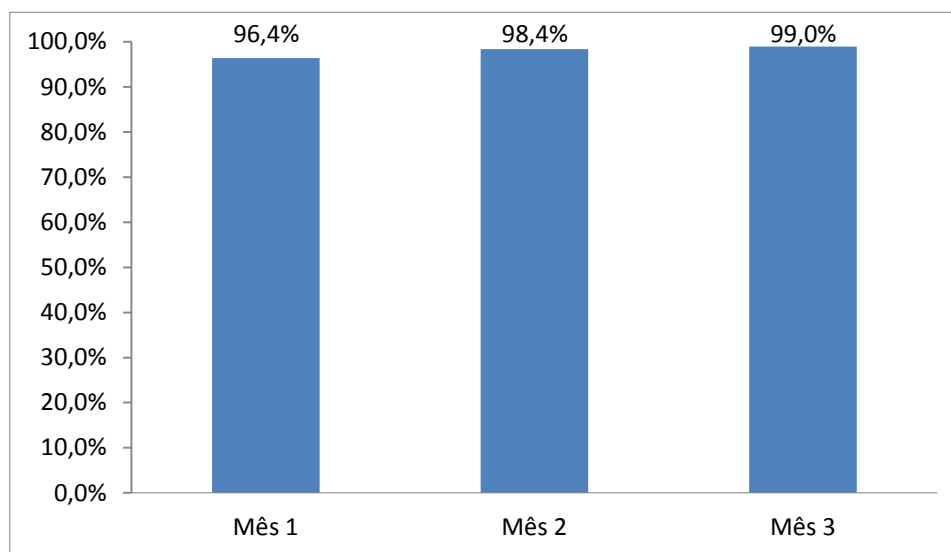


Figura 21: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ao longo do primeiro mês de intervenção foram cadastrados 84 hipertensos destes 84 (100%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês o número de cadastrados foi de 212 destes 212 (100%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular e ao final do terceiro mês dos 318 cadastrados 318 (100%) receberam orientação sobre a prática de atividade física. (Figura 22).

A atividade física requer cuidado em sua prática, começando por contar com um bom local para fazer esta atividade é também necessária uma avaliação das condições físicas do usuário, devido a isso a orientação é gradual, se faz necessário conhecer a rotina do usuário e ter conhecimento do seu quadro geral de saúde.

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 28 diabéticos destes 28 (100%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês o número de cadastrados foi de 63 destes 100% receberam orientação, finalizei

a intervenção com 97 diabéticos todos recebem orientação sobre a prática de atividade física regular uma proporção de 100% (Figura 23).

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ao longo do primeiro mês de intervenção foram cadastrados 84 hipertensos destes 84 (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês o número de cadastrados foi de 212 destes 212 (100%) e ao final do terceiro mês dos 318 cadastrados 100% receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (Figura 24).

Durante a primeira consulta percebi que os usuários nunca haviam recebido orientações sobre os riscos do tabagismo ou pelo menos não estava registrado, foi algo que fui incluindo gradativamente em minhas consultas, ao final da intervenção não atingi a meta em 100% de hipertensos com 20 anos ou mais com orientação sobre os riscos do tabagismo. Estas orientações incluíram-se na rotina das consultas para ao final atingir-se 100 % da comunidade.

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 28 diabéticos destes 28 (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês o número de cadastrados foi de 63 destes 63 (100%) receberam orientação, finalizei a intervenção com 97 diabéticos todos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo para uma proporção de 100% (Figura 25). Estas orientações incluíram-se na rotina das consultas para ao final atingir-se 100 % da comunidade.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos.

No primeiro mês foram cadastrados 84 hipertensos e destes 81 (96,4%) receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês de 212 cadastrados 210 (99,4%) receberam a orientação, ao final do terceiro mês dos 318 acompanhados 316 (99,4%) receberam orientação sobre higiene bucal (Figura 26).

A orientação sobre higiene bucal foi gradativa durante as consultas de forma que busquei conhecer melhor as condições sociais de cada usuário e a sua rotina com relação à higiene. A meta não foi atingida em sua totalidade pero alcanço um resultado muito bom, Estas orientações incluíram-se na rotina das consultas

medicas e odontológicas gradualmente para ao final atingir-se 100 % da comunidade.

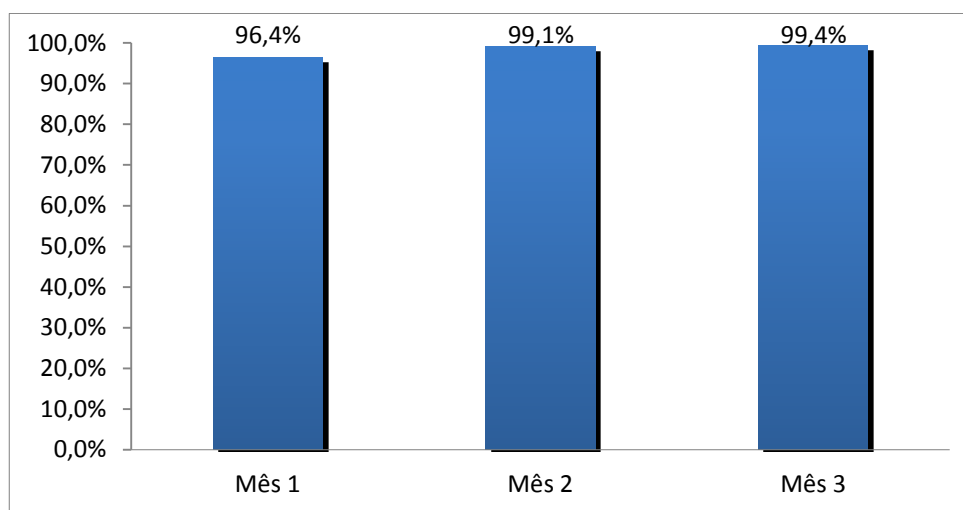


Figura 26: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados de 28 diabéticos com 20 anos ou mais destes 27 (96,4%) receberam orientação sobre higiene bucal, já no segundo mês dos 63 cadastrados 62 (98,4%) receberam orientação, no terceiro mês o número de cadastrados foi de 97 diabéticos e destes 96 (99,0%) receberam orientação a respeito da higiene bucal (Figura 27). A meta foi não foi atingida, mas progrediu gradualmente, conforme explicado anteriormente.

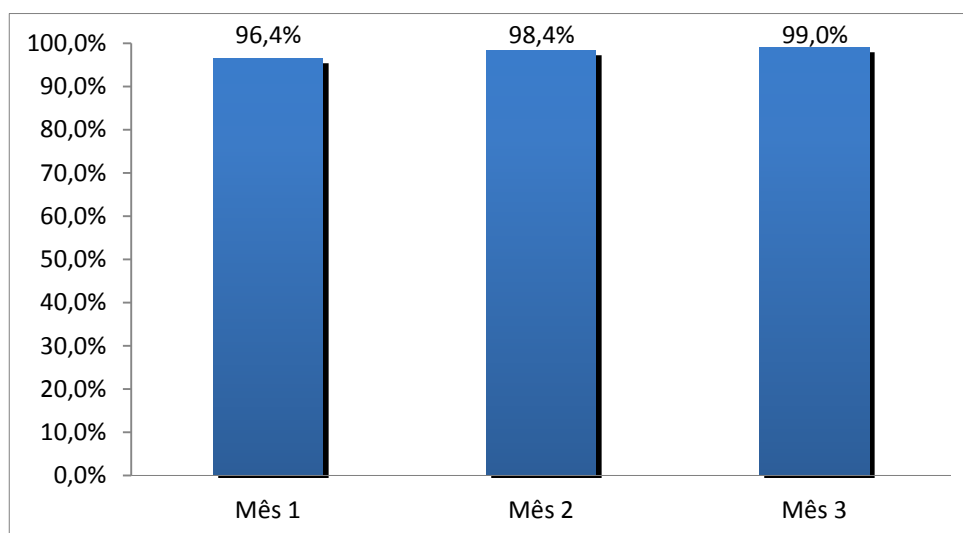


Figura 27: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

4.2 Discussão

Com a intervenção foi possível iniciar o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde, já que, anteriormente não havia uma equipe de ESF com ações programáticas organizadas de acordo com o MS, além disso, logramos aumentar a cobertura de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos. Etos avancem demonstram que mais hipertensos e diabéticos foram incluídos para o acompanhamento de sua saúde na UBS.

A intervenção foi importante para a equipe iniciar o planejamento das atividades e entender a forma de organização dos serviços dentro da ESF, melhorando, por exemplo, a cobertura de atenção e a classificação de risco de ambos grupos com a intervenção.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde “As ações integradas de prevenção e cuidado à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* ocorrem prioritariamente na atenção primária, que no Brasil se dá, principalmente, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), funcionando como a porta de entrada do Sistema de Saúde e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes. Os processos de trabalho para produção do cuidado na ESF pressupõem que os profissionais de saúde capacitados trabalhem de forma interdisciplinar, que estabeleçam vínculos com os usuários e que se responsabilizem pela Atenção Integral dos cidadãos” (OPAS, 2010).

A intervenção também proporcionou a capacitação da equipe acerca de protocolos do MS e sobre acolhimento que fomentaram a Educação Permanente em Saúde, como dispositivo de valorização do saber de cada um, sendo realizada no local de trabalho na busca da mudança do processo de trabalho. As mudanças nos processos de formação são entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, ser decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. Eles devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articulados entre si e ser criados a partir da problematização focadas nas realidades locais. Devem levar os diferentes atores que atuam no local de trabalho a questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única.

Os resultados para a UBS são numerosos, desde o início do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos até a melhoria da qualidade e ampliação dos serviços prestados, melhor controle de insumos e além de uma melhora significativa nos registros existentes na unidade, o que possibilitou a realização do monitoramento e avaliação, despertando na equipe a necessidade e importância destes para o planejamento da saúde na UBS.

Para a comunidade a intervenção também parece ter gerado impacto por meio de atividades de educação em saúde e orientações durante as consultas, conversas e rodas de conversas contribuindo, assim, para a melhoria da saúde.

Creio que se começasse neste momento a intervenção seria mais efetiva, já que agora compreendo melhor o trabalho que tenho que fazer em ESF como médico onde são feitas as consultas com maior qualidade, todas as pessoas da ESF estão melhor preparadas com relação às doenças mais comuns na comunidade e às ações que precisam ser feitas.

A intervenção já está incorporada à rotina da equipe, a definição de objetivos e metas já faz parte do nosso planejamento, adotamos também as fichas espelho disponibilizadas pelo curso, pretendemos dividir melhor as atribuições dos membros da equipe, no início da intervenção elas estavam concentradas na figura do médico porque não tínhamos os profissionais preparados corretamente.

O próximo passo é a finalização do cadastramento da população adstrita de minha equipe bem como a ampliação da cobertura e da qualidade de atendimento a hipertensos e diabéticos bem como a realização do planejamento em outras ações programáticas como Idosos e Saúde da Criança.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Como faço parte do Programa Mais Médicos, um dos requisitos era a realização da Especialização Saúde da Família na modalidade EaD da UFPEL. Durante a realização do curso tivemos a oportunidade de conhecer o território da área de abrangência da UBS Zona Leste, detectar fragilidades e sugerir um estudo de intervenção, para avaliar a mesma.

Durante a análise situacional foi detectado que a ação programática da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos precisava de melhorias, pois dos 384 hipertensos estimados, somente 63% estavam sendo acompanhados na unidade de saúde e quanto aos diabéticos, à estimativa era de 96, no entanto, 44% estavam cadastrados na UBS bem como a qualidade do serviço de saúde poderia melhorar e atender de forma mais integral os usuários.

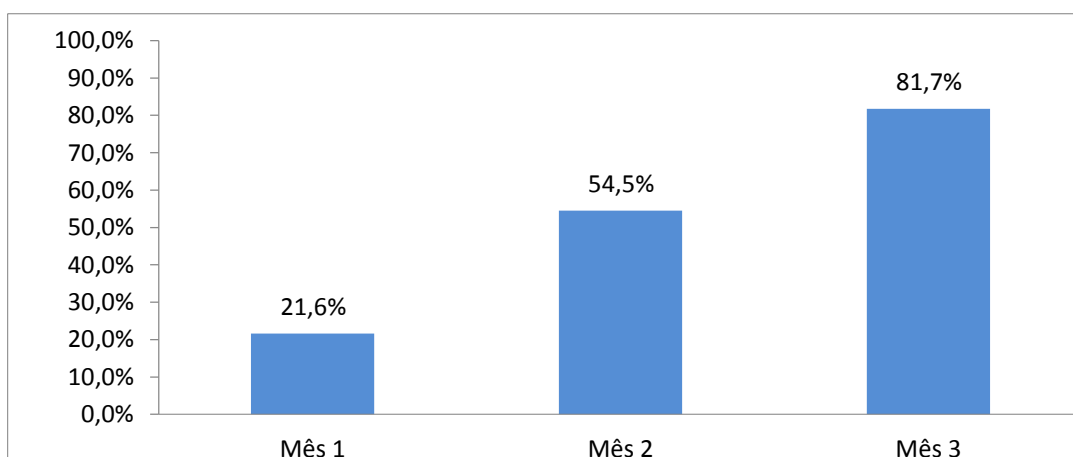


Figura 28: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

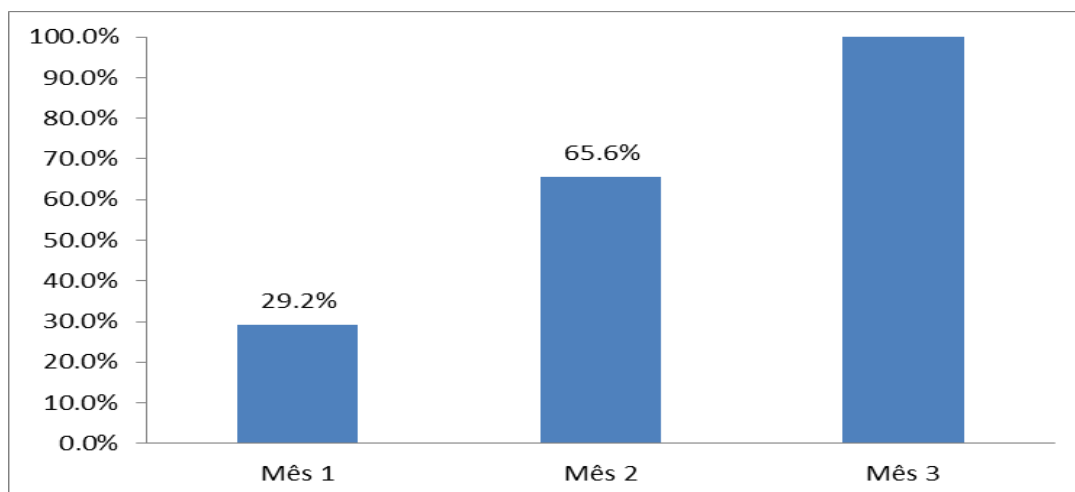


Figura 29: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

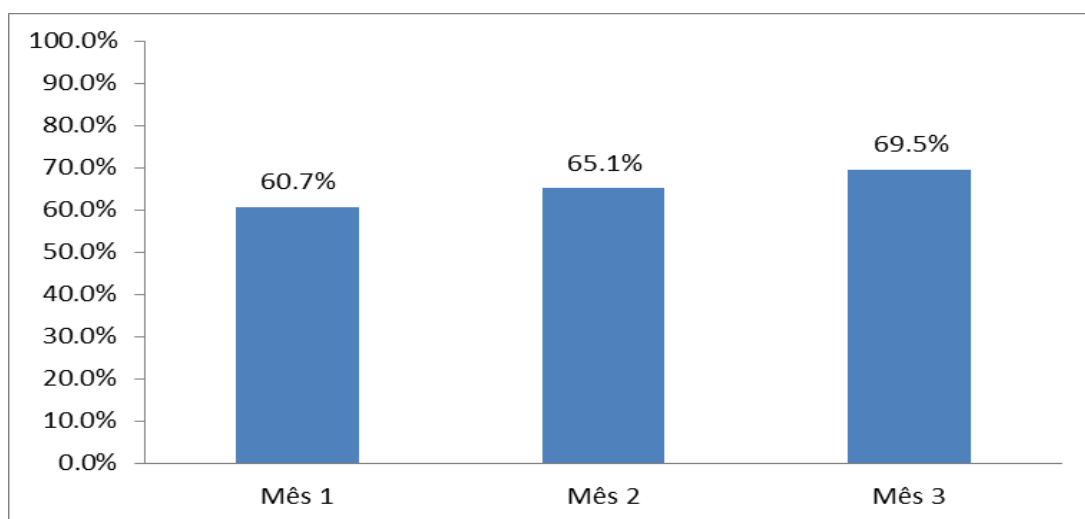


Figura 30: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

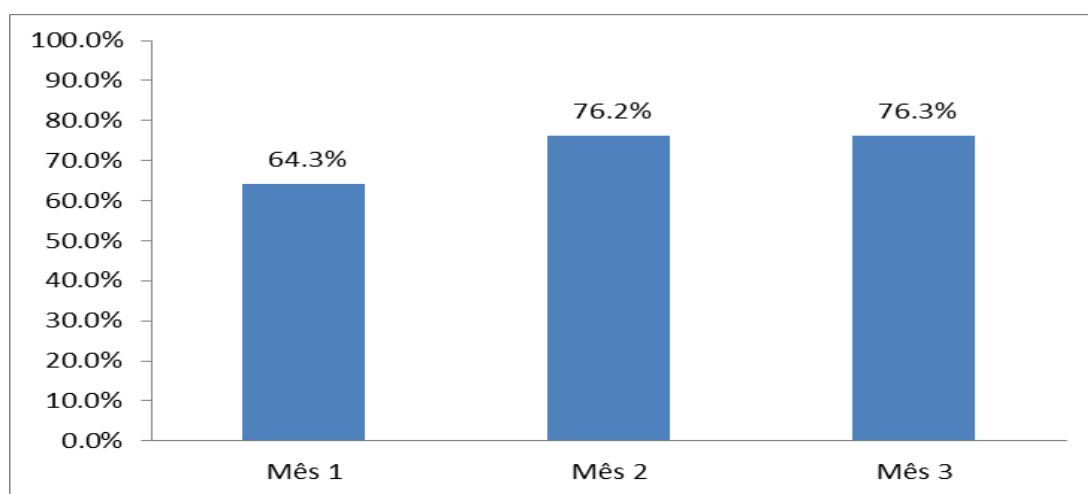


Figura31: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Com a finalidade de buscar o aumento na cobertura e uma melhoria na qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais, foi programada uma intervenção com duração de 12 semanas na UBS. Primeiramente foi realizada uma reunião com a equipe de saúde da Unidade, na primeira semana da intervenção, explicando as metas da mesma e como deveria ser desenvolvido o projeto ao longo de 12 semanas, orientando a equipe sobre as formas de atendimento, redistribuindo tarefas, explicando a importância dos registros serem realizados adequadamente no prontuário clínico dos usuários, livro registro e nas fichas espelhos. Foi explicado como deveriam prestar o atendimento seguindo os cadernos de atenção básica disponibilizados por o curso, quanto à forma de registros e quanto à necessidade de exames e consultas realizadas, além de, detalhar as funções inerentes a cada um dos integrantes da equipe em relação à saúde dos usuários hipertensos e diabético.

Ao longo da intervenção logramos resultados apreciáveis, por exemplo, a cobertura tanto dos hipertensos quanto dos diabéticos. Ao final, as coberturas atingiram 318 (81,7%) para hipertensos e 97 (100%) para diabéticos graças às atividades que envolveram monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica e organização e gestão do serviço.

As metas que nos propomos atingir não foram totalmente alcançadas, entendo que para um maior aumento da cobertura se faz necessário o término do cadastramento dos usuários da área de abrangência, cadastramento este que é feito totalmente por os agentes comunitários de saúde os quais tem um importante papel na busca ativa destes usuários, para elo se necessita completar o número de ACS na UBS.

Outras das dificuldades encontradas na intervenção foram a falta de fichas espelhos, as quais solicitamos em várias ocasiões à Secretaria da Saúde.

Além de aumentar a cobertura melhoramos o cuidado para estes usuários, realizamos exame clínico apropriado em 99,7 % dos hipertensos e 99,0 % diabéticos, realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, não foi possível atingir a meta pactuada de para os hipertensos e diabéticos pela dificuldade dos usuários realizarem os exames solicitados e demora no retorno dos resultados. Sendo necessário melhorar o acesso e a resolutividade.

Para a melhoria dos usuários foi disponibilizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, sendo que, a meta alcançada

decorreu do acesso aos fármacos alocados na UBS e na Farmácia Popular facilitando assim em parte o acesso aos medicamentos.

Em quanto à atenção a saúde bucal logrou articular as consultas médicas dos usuários hipertensos e diabéticos com as consultas odontológicas alcançando uma melhora em atenção dos usuários hipertensos e diabéticos e um maior aceitação por parte de eles. Finalizei a intervenção com um total de 97 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 96 (99,0%) possuíam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com relação aos hipertensos tivemos um total de 318 usuários com 20 anos ou mais cadastrados e destes 316(99,4%) possuíam avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Realizamos orientações para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos quanto à importância do estilo de vida para prevenção de complicações e agravos, durante as consultas e nos grupos. Quanto à gestão do serviço e o processo de trabalho implantamos novas fichas de monitoramento, além de realizar o controle de insumos e medicamentos dentro da unidade.

O impacto da intervenção foi percebido não somente pelos integrantes da equipe de saúde, mas também pela comunidade, que relata melhora no atendimento e satisfação com as modificações realizadas na UBS como: ampliação da cobertura no atendimento às usuários hipertensos e diabéticos. Com o apoio da gestão e o fornecimento do material necessário iremos aumentar ainda mais a cobertura e a qualidade do atendimento, portanto, a contribuição da gestão é primordial para que a saúde da população da UBS Zona Leste melhore ainda mais.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Membros da comunidade Zona Leste, Durante os meses de outubro e dezembro de 2015 deu-se início uma intervenção nossa UBS com duração de 12 semanas para os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus* para melhorar o acesso e o cuidado de eles.

A preferência para trabalhar com hipertensos e/ou diabéticos se deu após uma análise da situação dos usuários da unidade, aonde percebemos que se fazia necessário principalmente uma ampliação na cobertura e uma melhora na qualidade do atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos, levando em conta os riscos de complicações decorrentes do agravamento destas doenças associado à falta de acompanhamento médico destes usuários, a falta de orientação quanto aos cuidados como alimentação, a importância da realização de exercícios físicos, orientações estas que buscamos abordar de forma integral durante todas as atividades, tanto individuais, como nas consultas, os grupos que realizamos, sempre pensando na melhoria da saúde da comunidade.

Durante as 12 semanas foi possível cadastrar 318 (81,7%) hipertensos e 97 (100%), ou seja, mais da metade da população portadora destas patologias. Além de melhorar o acesso, estávamos muito preocupados com a maneira que o atendimento, cuidado, era realizado aqui na UBS, e também nos propomos melhorar o exame clínico realizado, ou seja, que vocês fossem examinados durante as consultas de forma apropriada, disponibilizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, ainda foi possível solicitar a todos os exames complementares e realizar a estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários

acompanhados, estes dados refletem o ganho em qualidade para os usuários atendidos.

Também durante a participação de vocês nos grupos, nas consultas, reforçamos muito a necessidade de estarem se cuidando, através da alimentação saudável, realização de atividade física, os malefícios do álcool e fumo. Para a pressão e a taxa de açúcar no sangue melhora e se mantenha dentro dos valores aceitáveis o tratamento com remédios é muito importante e não pode ser interrompido, mas, se for associado com os cuidados com a saúde, estes vão melhorar ainda mais.

Para dar cumprimento com a intervenção de forma organizada confeccionamos um cronograma das diferentes atividades a serem realizadas durante esse período para atingir os objetivos da mesma. Primeiramente foi realizada uma reunião com a equipe de saúde da unidade para explicar as metas e como iam ser desenvolvidas durante as 12 semanas, dando a conhecer para todos os integrantes quais eram as funções a desempenhar por cada um deles seguindo os cadernos de atenção básica disponibilizados na Unidade Básica de Saúde; se orientou as formas de atendimento, a realização da busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos, a importância dos registros seja realizada corretamente no prontuário clínico dos usuários, livro registro e na ficha espelho correspondente, facilitando o acesso às informações de cada um dos usuários. O monitoramento das ações desenvolvidas com os usuários da UBS foi realizado semanalmente nas reuniões da equipe para ver se estávamos realizando conforme planejamos, possibilitando a identificação e busca dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas agendadas.

Um problema que encontramos que muitos usuários agendavam as consultas e não compareciam, além disso, alguns têm hábitos alimentares que não são saudáveis. Mudar isto foi bastante trabalhoso para equipe, pois a comunidade não está acostumada a ter assistência médica constantemente.

Portanto o impacto da intervenção foi percebido não somente pelos integrantes da equipe de saúde, mas também pela comunidade, que relata melhoria no atendimento e satisfação em relação com as modificações realizadas na UBS, logrando mudanças no estilo de vida destes usuários. Chegamos ao final da intervenção com ótimos resultados, atingimos o que planejamos, a equipe irá incorporar a intervenção na rotina de trabalho. Esperamos cada vez mais qualificar

nossas práticas para prestar uma atenção integral aos nossos usuários, aumentando cada vez mais a cobertura e a qualidade do cuidado. Por isso é importante à participação e o apoio da comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minha expectativa inicial ao curso era mais com relação ao processo de trabalho do médico inserido na ESF além do problema com o idioma e a compressão por parte dos usuários, eu fui muito bem acolhido tanto pelos usuários quanto pelos profissionais de minha unidade de saúde. Eu esperava que o curso fosse mais uma atualização sobre a forma de atuação dos médicos na atenção básica no Brasil, e me surpreendi quando iniciei e descobri que era um estudo de intervenção mesmo.

A especialização em saúde da família possibilitou-me enfrentar o desafio de implementar o programa na UBS, e dessa forma garantir a prevenção e promoção dos fatores de resgo para a doenças crônicas no tranmisibles em este caso a hipertensão e diabetes mellitus. Além disso, o curso foi uma nova experiência por tratar-se de uma metodologia diferente em relação a outros estudos cursados e com isso complementar meus conhecimentos da forma em que se trabalha no Brasil.

O curso ampliou meus conhecimentos acerca da saúde da família de forma organizada e com os conhecimentos adequados para o manejo dos usuários na unidade de saúde e na comunidade com base nos protocolos adotados no Brasil., possibilitando relacionar os conhecimentos teóricos com práticos, os estudos de prática clínica semana á semana. A discussão com os demais colegas nos fóruns aliado ao contato facilitado com o orientador foram imprescindíveis para auxiliar-me nos momentos de incertezas. Saliento também, a importância que significou minha intervenção pelo trabalho em equipe onde todos em conjunto foram fundamentais para um bom atendimento ao usuário, neste caso melhorar a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

Referências

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: polos de Educação Permanente em saúde**: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica. Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 37) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linhas de cuidado: **hipertensão arterial e diabetes**. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il. ISBN 978-85-79

Anexos

Anexo C - Documento do comitê de ética


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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patricia Abrantes Duval
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