

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família na UBS Navegantes, São Sebastião do Cai /RS

Mardey Mendez Marzo

Pelotas, Ano 2015

Mardey Mendez Marzo

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus do Programa de Saúde da Família na UBS Navegantes, São Sebastião do Cai /RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade à distância 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: Danielle Vasconcellos de Paula Costa

Pelotas, Ano 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M393m Marzo, Mardey Mendez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família na UBS Navegantes, São Sebastião do Cai/RS / Mardey Mendez Marzo; Danielle Vasconcellos de Paula Costa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

54 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Costa, Danielle Vasconcellos de Paula, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Resumo

MENDEZ MARZO, Mardey. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus do Programa de Saúde da Família na UBS Navegantes, São Sebastião do Cai /RS.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015

Um dos maiores problemas de saúde na população em geral são as doenças crônicas não transmissíveis, que são adquiridas durante a vida, as mais frequentes são Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Trata-se de uma intervenção com o objetivo de melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Navegantes, São Sebastião do Cai/RS. O presente projeto de intervenção foi feito em 12 semanas, no período de cinco de fevereiro de 2015 a quatro de junho de 2015 na Unidade Básica de Saúde Navegantes, São Sebastião do Cai/RS. com participação ativa de toda a equipe de profissionais da unidade e da comunidade, as ações foram feitas em quatro eixos fundamentais: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Tem cadastrado um total de 3344 usuários, destes temos uma estimativa de 497 hipertensos sendo 14,9%, e aproximadamente 111 diabéticos sendo 3,3%. Foram cadastrados durante a intervenção 230 hipertensos e 73 diabéticos. Logo, a intervenção alcançou uma ampliação da cobertura aos usuários Hipertensos de 230 (46,3%) e Diabéticos de 73 (65,8%) na população de abrangência, foi feita avaliação clínica a todos, realização dos exames laboratoriais de acordo ao protocolo, aumentou o número de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. Tivemos melhoria dos registros na ficha de acompanhamento, alcançamos melhor qualidade das consultas assim como a organização para o fluxo dos usuários na UBS. A intervenção foi muito importante para a equipe porque facilitou o trabalho em união não só para a intervenção, mas também para o trabalho diário na unidade. Esta intervenção teve um efeito muito importante para a comunidade porque além de melhorar a relação entre a equipe e a comunidade, melhorou o conhecimento destes grupos sobre suas doenças assim como dos fatores de risco, tratamento, alimentação saudável e complicações.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	41
Figura 2	Gráfico 2: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.	42

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Bucal Sistema Único de Saúde
HGT	Teste de Dosagem do Nível de Glicemia

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2 Análise Estratégica	16
2.1 Justificativa	16
2.2 Objetivos e metas	17
2.2.1 Objetivo geral.....	17
2.2.2 Objetivos específicos e metas	17
2.3 Metodologia	18
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	26
2.3.3 Logística.....	31
.....	
2.3.4 Cronograma.....	33
3 Relatório da Intervenção	35
4. Avaliações da intervenção	40
4.1 Resultados	40
4.2 Discussão.....	43
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores.....	45
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade	46
5. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.....	47
Referências.....	49
Anexos.....	50

Apresentação

Este trabalho de Conclusão do Curso de especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPEL) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

A Intervenção foi realizada na Unidade Básica da Saúde (UBS) Navegantes, localizada na zona urbana do município São Sebastião do Caí/RS. O objetivo geral de este projeto foi a melhora do controle dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família. Assim, o presente trabalho apresenta os resultados deste processo em cinco seções: a primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório da Intervenção, a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção e, a quinta, pela Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando foram postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, 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/APS

A UBS, onde trabalho tem modelo de atenção ESF tradicional, funciona há aproximadamente um ano encontra-se em uma área urbana, em um lugar adaptado, pequeno, antigamente era uma casa onde morava uma família. Estruturalmente tem a sala de recepção com capacidade para seis usuários, uma sala de curativos e vacina dois consultórios médicos, uma farmácia, um banheiro e uma pequena sala onde fazemos as reuniões de equipe, não tem estrutura para o serviço de odontologia, é muito pequena para acomodar a todos os usuários que a utilizam. Na UBS existe uma equipe, é composta por uma recepcionista, uma enfermeira licenciada, uma técnica de enfermagem, cinco agentes de saúde e eu como médico, nossa equipe pode contar com apoio de psiquiatra, psicólogo, ginecologista, cirurgia vascular, pediatria e ortopedia. Atualmente está sendo construída uma nova UBS com todas as características necessárias.

O bairro onde está localizada a UBS tem uma população e área territorial grande, fazendo limites com a área central da cidade, e pela outra parte tem limite com o rio Cai, é uma área geográfica que fica em uma zona baixa e em tempo de muita chuva o rio penetra na maior parte do bairro, fazendo com que muitas famílias tenham que ser retirar para evitar perda de vida humana, o rio também penetra na unidade. Ainda não é conhecida a quantidade total da população, porque se está fazendo o cadastro da população.

Desde que comecei a trabalhar percebi uma elevada prevalência de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, muitos deles com tratamento multidrogas, além de desconhecimento de como fazer uma adequada dieta e como modificar outros fatores de riscos, além de usuários que consomem psicofármacos de maneira contínua sem ter uma justificativa diagnóstica e com tendência a farmacodependência e outros com uso de drogas ilegais e álcool. Em relação a esses problemas nossa equipe está fazendo reavaliação diagnóstica em consulta médica na UBS ou com a equipe de saúde mental no hospital municipal, além disso, queremos fazer atividades de promoção à saúde nos grupos de hipertensos e diabéticos em relação a este problema.

Meu trabalho está fracionado em consultas agendadas e triagem de segunda a quinta-feira, programada na terça à tarde a reunião de equipe, onde participam todos os integrantes da equipe, eu como médico as cinco agentes comunitárias a técnica de enfermagem, licenciada de enfermagem e a recepcionista, falamos dos principais problemas da população que detectaram as

agentes de saúde, aos que sempre tratamos de buscar soluções. Planejamos nosso trabalho da próxima semana e decidimos quais são as famílias que vamos visitar em ordem prioritária de acordo com o problema de saúde, as agentes comunitárias visitam essas famílias frequentemente para o seguimento de seus problemas. Também discutimos as dificuldades da UBS como os medicamentos que estão em falta e os que a data está próxima de vencimento. Na quinta-feira à tarde realiza-se visita domiciliar, em que participa a enfermeira e a agente comunitária da área da família. Na sexta-feira é o dia de estudo, nas segundas à tarde tenho apoio de um médico geral integral brasileiro que apoia a consulta de usuários não agendados, assim como na sexta-feira à tarde. Para as interconsultas com especialidades específicas o município conta com algumas delas, outras está coordenado com municípios vizinhos, também para fazer diversos exames diagnósticos.

Para superar o desafio dos principais problemas de saúde da população temos estabelecido um grupo de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus e fazemos atividades uma vez por mês, onde sempre nossa equipe prepara um tema específico debatendo de maneira aberta e participativa, o secretário de saúde do município também participa da iniciativa. Essa atividade tem facilitado de maneira particular a inter-relação com a comunidade além das visitas domiciliares que também nos ajuda a interatuar com a comunidade, além desta atividade queremos fazer outras com adolescentes, relacionadas com as drogas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município São Sebastião do Caí, do Rio Grande do Sul, está vinculado ao Programa Mais Médicos para o Brasil, é um município pequeno com uma área de 111,5km² tem um rio importante que se chama rio Cai que atravessa a periferia da cidade que apresenta zonas baixas favorecendo inundações em situações de muitas chuvas. Tem uma população de 21431 habitantes de acordo com o último censo populacional efetuado em 2004, com densidade demográfica de 195,8 hab/km². Atualmente, a população estimada é de 25000 habitantes, no centro da cidade está a secretaria municipal de saúde vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O município conta com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), delas, quatro trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma como unidade Básica de Saúde Tradicional. O município não conta com Núcleo de Apoio a Saúde da Família. As quatro UBS's existentes com ESF estão cobertas com equipe de saúde, todas elas têm médico geral integral devido ao Programa Mais Médicos. Além das UBS's existem outras estruturas também vinculadas ao SUS e

subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde, como: uma farmácia principal, uma sala de fisioterapia e reabilitação, um centro de atenção psicossocial (CAPS) e um departamento de assistência social.

Na secretaria municipal de saúde além dos serviços de administração são prestados vários serviços como atendimento odontológico, existem quatro odontólogos e três consultórios de odontologia, consultas de ortopedia, pediatria, ginecologia, psiquiatria e psicologia em coordenação com o CAPS, nutrição, otorrinolaringologia, cardiologia cirurgia vascular e cirurgia geral. Além das consultas especializadas na unidade central existe plantão até às 22 horas de segunda a sexta-feira. Existe também um departamento de epidemiologia para analisar as doenças transmissíveis, um departamento de arquivo e um sistema de traslado diário com transporte dos usuários que precisam de atendimento médico especializado em outros municípios do estado. O município tem um hospital Geral denominado "Sagrada Família", que presta serviços 24 horas por dia onde tem médicos e disponibilidade de internação. Para o auxílio das urgências e emergências médicas existe um sistema de atenção móvel de urgências (SAMU), que presta serviço 24 horas por dia a todo o município. No município também existe uma rede privada de atenção médica especializada que tem várias especialidades médico-cirúrgicas que também estabelecem convênios de trabalho com a secretaria de saúde para o atendimento à população do município. Há uma rede de farmácias populares que oferece medicamentos para toda a população do município, e em coordenação com a secretaria de saúde os usuários podem adquirir sem custo, em ocasiões faltam alguns medicamentos específicos. Atualmente está em desenvolvimento o programa de reabilitação e construção de três novas UBS's, para substituir as anteriores com melhor estrutura e equipamentos, com o objetivo de levar todos os serviços de saúde à comunidade e aumentar o nível de resolutividade com mais qualidade. Recentemente, no mês de setembro, foi iniciado o programa E-SUS que permite a realização do atendimento médico utilizando o prontuário médico eletrônico oferecendo grandes vantagens ao sistema e facilidade para o desempenho de nosso trabalho.

Em relação a atenção à demanda espontânea em nossa UBS, de maneira geral em todas as UBS e locais de saúde onde se presta atendimento à população este é um desafio que precisa ser analisado e discutido em todos os âmbitos com a profundidade que requer porque afinal é pela defesa da vida das pessoas. Em minha UBS, nossa equipe oferece atendimento às demandas espontâneas além dos outros atendimentos planejados ou não de maneira integral e coletiva, ainda com dificuldades. Quando chegam estes usuários em nossa UBS eles sempre são escutados e atendidos de acordo as possibilidades e características da demanda, nunca são abandonados à sua sorte. Os usuários quando chegam à UBS e solicitam atendimento de maneira espontânea são atendidos pela recepcionista ou qualquer membro da equipe de acordo com as

circunstâncias que apresente e daí a conduta, coordenamos por telefone com o hospital para encaminhar os casos que o requeiram, os demais são atendidos em nossa UBS priorizando aos casos mais complicados ou vulneráveis. Em relação às demandas espontâneas relacionadas com odontologia nossa equipe faz a escuta, e por exemplo, se tem dor o aliviamos em consulta e então se encaminha ao odontologista coordenando com ele de acordo com o tipo de necessidade e as características destas demandas, importante recordar que nossa UBS não tem estruturado um local para atenção odontológica.

Importante dizer que ainda há inúmeros desafios a enfrentar, mas nossa equipe tem a disposição de identificar e compreender as variadas demandas, problemas, necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente para desta forma ajudar a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida e evitar ou reduzir danos.

Sobre a atenção à criança existe muito para refletir, pois é um tema muito importante e delicado porque esta é uma etapa da vida muito sensível e precisa de muita dedicação por parte dos profissionais da saúde que temos a responsabilidade de garantir que as crianças tenham uma vida saudável e um desenvolvimento adequado. A base desta atenção está sustentada na puericultura que se inicia desde a gravidez que é onde se devem fazer as primeiras ações de prevenção e promoção para que a mãe fique preparada para quando tenha seu filho saiba o que tem que fazer para que tudo seja adequado. Na minha UBS ao início de meu trabalho não eram feitas as consultas de puericultura por estratégia da Secretaria da Saúde do município, mas graças ao trabalho em equipe foi iniciada as consultas de puericultura na UBS, além fazemos visitas domiciliares e consultas de pediatria, criança doente que procura atendimento espontâneo, aproveitando o momento damos orientações às mães sobre os cuidados da criança e sua importância para ela e seus filhos. Na UBS existem 21 crianças menores de um ano com acompanhamento em consulta de puericultura, e em visita domiciliar por nossa equipe. Em relação aos indicadores de atendimento ainda não são bons, porque ainda não são acompanhadas o total das crianças da área de abrangência porque o cadastro da população da UBS ainda não está terminado, não sabemos a quantidade total das crianças que moram na área de abrangência. Para melhorar estes indicadores é preciso que as consultas sejam feitas não só pelo médico pediatra do município, devem ser feitas também pelo médico de família. O indicador de cobertura de crianças menores de um ano acompanhadas na UBS é de 53%, apresentando indicadores de qualidade satisfatórios, exceto para triagem auditiva e avaliação da saúde bucal.

Em relação à atenção ao pré-natal e puerpério são questões importantes de debater em todos os âmbitos devido sua importância, ela é um ato para guiar a mulher no desenvolvimento fisiológico da gravidez com todos os recursos baseados no conhecimento das ciências relacionadas

com a fisiologia humana. O sonho de um ser humano é ter uma família que seja saudável e feliz. Na atualidade graças aos avanços científicos e a evolução da humanidade os sistemas de saúde têm estabelecido estruturas para garantir o desenvolvimento da gravidez da forma mais adequada e saudável, importante dizer que é responsabilidade dos profissionais da saúde garantir a elas esse sonho, pois sabemos que existe muito desconhecimento na comunidade dos fatores de risco que podem alterar um bom desenvolvimento da gravidez, muitos deles modificáveis e outros evitáveis. Cada mulher quando vai ao médico busca ajuda para ter uma gravidez saudável e que ao final ter um filho também saudável, além da sua própria integridade física, e o médico tem a obrigação de garantir o acompanhamento durante tudo esse período. Na minha UBS as grávidas e crianças menores de um ano são atendidas diretamente pelos especialistas em obstetrícia e pediatria respectivamente, pela estratégia da secretaria de saúde do município na área central, que não é a UBS onde trabalho, mas mesmo assim nossa equipe faz visitas domiciliares, pesquisa de grávidas na área de abrangência para que assistam à consulta além de atividades de promoção à saúde com grupos de mulheres sobre temas relacionados com a gravidez. Atualmente temos 20 grávidas e duas puérperas que têm acompanhamento em nossa UBS. O índice de cobertura de atenção para o pré-natal atualmente é de 42%, com indicadores de qualidade de 100%, exceto para pré-natal iniciado no primeiro trimestre e consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde. Já o indicador de cobertura de puerpério está mais baixo, em 33%.

Em relação ao câncer de colo de útero e de mama, essas são doenças que afetam a mulher desde muito tempo, questão muito estudada pela medicina tratando sempre de achar soluções a estas importantes doenças que cada dia está aumentando sua incidência e atingindo faixas etárias cada vez menores, o que a faz muito mais preocupante. É evidente que ainda existe muito que fazer para solucionar estas preocupantes doenças, sabemos que é difícil erradicá-las por completo, mas podem ser controladas. Os programas estão estabelecidos para realizar estes controles só que têm que ser cumpridos para diminuir a incidência destas doenças, o SUS junto a outros setores da sociedade está buscando estratégias para controlar estas doenças. Sabemos que estas doenças têm fatores de risco modificáveis e podem ser diagnosticadas precocemente e é necessário aplicar um tratamento rápido e oportuno garantindo a reincorporação da mulher à sua vida normal sem nenhuma complicação para sua vida.

Na minha UBS existem 1235 mulheres entre 10-59 anos de idade, não são todas as mulheres que com mais de 40 anos de idade que realizam a mamografia anual, além da coleta preventiva no período correspondente, temos pesquisar na área estas mulheres e convencê-las destes importantes exames. Desde que trabalho nessa UBS não teve diagnóstico de câncer. Nossa equipe faz atividades de promoção à saúde para o diagnóstico precoce destas doenças mediante

reuniões de grupo, palestras, na consulta individual e visitas domiciliares. Ainda no município não se faz ecografia de mama nem consulta de mastologista, as usuárias devem ser encaminhadas para outro município. A secretaria da saúde tem coordenado para garantir o atendimento, mas ainda não é satisfatório porque há demora na chegada do agendamento. Toda semana realiza-se coleta de preventiva para câncer de colo uterino. Sobre os indicadores de cobertura temos 47% para prevenção do câncer de colo do útero, com indicadores de qualidade de aproximadamente 80%, e de 93% de cobertura para prevenção de câncer de mama, apresentando baixo índice de mulheres com mamografia em dia, apenas 36%.

Sobre a hipertensão arterial e diabetes mellitus são doenças crônicas não transmissíveis que afetam ao ser humano, estão relacionadas com complicações neurológicas, cardiovasculares e até a morte. Cada dia aumenta a incidência dessas doenças afetando a qualquer indivíduo sem distinção de raça, sexo, etnia ou conduta social, também tem muitos fatores de riscos comuns e muitos deles podem ser modificáveis. Na UBS onde trabalho essas doenças são muito frequentes, a hipertensão arterial é a mais frequente, pois a maioria dos usuários que vão à consulta tem esta doença. Temos programado as consultas na terça-feira para oferecer acompanhamento aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis além das visitas domiciliares que fazemos às quintas-feiras. Além disso, temos dificuldades com a realização de exames no seguimento de controle dos usuários, exame de sangue, ecografias, devido à demora na realização porque o laboratório e equipamento é para todo o município. A maioria dos usuários não fazem adequadamente o tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, há alguns com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus sem tratamento, outros que abandonaram tratamento e outros que estão sem diagnóstico mas têm a doença. Por tudo isso, nossa equipe tem como objetivo fazer um trabalho importante com a população para conscientizar sobre a necessidade de modificar os fatores de riscos e para evitar complicações aos que têm a doença e preveni-la naqueles que têm o risco, mas que ainda não são doentes. Sobre os indicadores de cobertura e qualidade aos hipertensos e diabéticos na área de abrangência estão em 0 %.

A população está colaborando com nossa equipe para participar de forma ativa e integrada nas atividades que planejamos nas reuniões e na assistência a consulta programada.

Sobre a atenção à pessoa idosa, é uma questão muito estudada e analisada em todo o mundo, pois é um triunfo chegar a essa etapa da vida e lamentavelmente não todos conseguem chegar até lá e os que conseguem querem ter uma vida saudável e continuar com seus sonhos da vida. Está demonstrado que a população está envelhecendo em muitos países do mundo, o Brasil é um deles, devido à queda na fecundidade e o aumento da expectativa de vida, logo é preciso melhorar a cobertura nos diferentes níveis de atenção à saúde para garantir a abrangência dessa

população. Na UBS onde trabalho oferece-se atendimento a estas pessoas, temos programada consultas uma vez por semana para este grupo, fazemos acompanhamento domiciliar, reuniões uma vez por mês com um grupo que criamos para fazer atividades de promoção e prevenção, os idosos têm participação ativa neste grupo, participam as agentes comunitárias, a enfermeira e eu como médico. Em nosso município não há geriatra e temos deficiência em especialidades o que afeta o acompanhamento integral, por exemplo, nutricionista, psicóloga, dentista, os que precisam deste atendimento são encaminhados para o município onde recebem este atendimento, mas há muita demora porque a demanda é grande. Ainda não está feito o cadastro de 100% da população e por isso não conhecemos o número total de idosos da área de abrangência, o que dificulta o desenvolvimento de nosso trabalho e a atenção adequada para esses usuários. Ainda com estas dificuldades nossa equipe tem como meta primeiro realizar o cadastro do 100% da população, depois criar outros grupos na comunidade para fazer atividades de promoção e prevenção de saúde. Atualmente o índice de cobertura é de 78% com indicadores de qualidade que preocupam por estarem baixos ou até mesmo em zero como para avaliação da saúde bucal e investigação de indicadores de fragilização na velhice.

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

Fazendo uma comparação entre a tarefa da segunda semana da ambientação e este relatório posso dizer que em relação à estrutura física ainda tem as dificuldades do início, a nova UBS ainda não está pronta, mas no funcionamento das consultas existe melhoria citando por exemplo que as consultas são registradas no prontuário eletrônico o que a facilita nosso trabalho. A relação de nossa equipe de trabalho com a população tem melhorado muito, a qualidade dos encaminhamentos está melhor, mas ainda com dificuldades pela demanda dos usuários para esta atenção, ainda não contamos com a assistência odontológica na UBS. No início existiam muitos usuários com hipertensão e diabetes descompensados e as atividades de prevenção que estamos fazendo com os grupos está impactando positivamente, pois a maioria já está compensado. Ainda temos muito que fazer, mas com o empenho de nossa equipe continuaremos melhorando o estado de saúde da população.

O texto inicial foi baseado nas impressões que tive ao início de meu desempenho do trabalho na UBS, comparando aquele texto com o Relatório da Análise Situacional posso dizer que o primeiro foi feito superficial em comparação com os detalhes que foi coletado depois para preencher os questionários. Agora tenho um maior conhecimento sobre a estrutura da UBS assim como seu funcionamento, posso dizer que tenho uma visão mais completa da estrutura e dos

principais problemas de saúde da população e ainda nem todos estão resolvidos pelo menos estão encaminhadas e tem proposta uma forma de dar solução.

2 .Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Um dos maiores problemas de saúde na população em geral são as doenças crônicas não transmissíveis, que são adquiridas durante a vida, as mais frequentes são Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Aumentar a cobertura aos usuários, melhorar os indicadores de qualidade e melhorar o controle das mesmas na comunidade Navegantes no município de São Sebastião do Cai, estado Rio Grande do Sul, é a justificativa fundamental de meu projeto de intervenção, devido aos indicadores de cobertura e qualidade que estão em 0 %. Utilizaremos como método um estudo de intervenção educativa para melhorar o nível de informação sobre doenças crônicas não transmissíveis, HAS e DM, em usuários acima de 20 anos que moram nesta comunidade. Este estudo tem relevância no âmbito da saúde pública, pois se trata de um problema frequente que acomete a nossa população. Hoje o que se preconiza é que a atenção básica seja a primeira opção, ou seja, a porta de entrada dos serviços de saúde atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, logo os profissionais que atuam na atenção primária estão diretamente envolvidos com as ações que visam reduzir danos à população. Além disso, a prevalência dessas doenças tende a aumentar tornando-se um problema de saúde a nível mundial. Não podemos deixar de ressaltar que todo este contexto se caracteriza em um verdadeiro desafio para o SUS, pois são situações que necessitam de intervenções imediatas, acompanhamento constante pela sua alta prevalência e pelo grau de incapacidade que provocam, por isso precisamos como profissionais da área da saúde nos engajar nesse desafio e ser atores de transformações da saúde.

A unidade básica de saúde onde trabalho funciona há aproximadamente um ano e está em uma área urbana, em um lugar adaptado, pequeno, estruturalmente tem a sala de recepção com capacidade para seis usuários, uma sala de curativos e vacina dois consultórios médicos, uma farmácia, um banheiro. Nossa equipe é composta por uma recepcionista, uma enfermeira licenciada, uma técnica de enfermagem, cinco agentes de saúde e eu como médico.

Na área adstrita da Unidade de Saúde Navegante há 3344 usuários cadastrados. Nesta população o maior problema é a presença destas doenças e a falta de conhecimento sobre as mesmas pelos usuários. Sabemos que existem usuários que ainda não são diagnosticados e que estão na área de abrangência. As palestras educativas são uma alternativa para aumentar o nível de conhecimento e impedir o surgimento destas doenças crônicas não transmissíveis.

Na intervenção de melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos que vai ser feita em minha unidade estão inseridos todos os membros da equipe já que para realizarem este trabalho necessita-se da participação da equipe em geral e a participação ativa da comunidade. Uma das principais dificuldades que temos é a falta do cadastro de toda a população e a falta de locais para fazer as palestras com os usuários, outra dificuldade é a falta de vontade da população sobre o tema que vai ser tratado no projeto. O resultado da intervenção vai ter um efeito positivo na população porque mediante ele os usuários vão aumentar o nível conhecimento sobre estas doenças, melhorar o controle dessas doenças e evitar o surgimento de complicações

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família na UBS Navegantes, São Sebastião do Cai /RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

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

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

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

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

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

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.

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 hipertensos e diabéticos.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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.

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 hipertensos e diabéticos.

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

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

2.3 Metodologia

O presente projeto de intervenção será realizado em 16 semanas na UBS de Navegantes com o foco em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com

participação ativa de toda a equipe da UBS e da comunidade, as ações serão feitas em quatro eixos fundamentais, estes são: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: cadastrar 80% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência.

Nas reuniões de equipe discutiremos sobre a necessidade de aumentar a cobertura, elaboraremos estratégias para levar os usuários às consultas ou se não for possível programar visitas domiciliares, principalmente com o apoio das agentes comunitárias de saúde para que auxiliem na identificação desses usuários. Revisaremos os registros dos usuários que já são acompanhados para saber quantos faltam, além de atualizar os atendimentos. Será necessário também capacitar todos da equipe sobre o adequado registro dos usuários, com uso das fichas espelho e planilha.

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

Ações:

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

Mediante os registros de hipertensos e diabéticos e nos prontuários vamos anotando os usuários monitorar a qualidade dos atendimentos de acordo com os protocolos com a capacitação prévia de todos profissionais, periodicamente discutir com a equipe sobre esse controle das informações e avaliação da qualidade.

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

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Antes do início da intervenção realizar a capacitação da equipe sobre a atribuição de cada profissional, com definição de um responsável pela organização dos arquivos com informações dos exames realizados, do estoque dos medicamentos e materiais, mantendo a avaliação periódica dessas ações para correções necessárias.

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

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

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

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

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

Nas palestras educativas, nas consultas individuais e visitas domiciliares que serão realizadas abordaremos os temas relacionados aos fatores de risco para complicações dessas doenças e a importância de fazer o tratamento e seguimento adequado na unidade com os profissionais capacitados.

- 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 e diabetes.

- 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.

Abordar esses temas nas capacitações, nas reuniões de equipe pelo médico da UBS, para que todos saibam a forma adequada de atendimento dos diabéticos e hipertensos de forma a garantir a qualidade e integralidade dos atendimentos, usando os protocolos recomendados.

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

Meta:

3.1 - Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

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

Após identificar os usuários faltosos faremos a programação das consultas de recuperação com datas específicas utilizando os registros e prontuários eletrônicos.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos:

Identificados os usuários faltosos com endereço orientaremos as agentes comunitárias nas reuniões de equipe semanais para que os visitem e orientem sobre a importância de comparecer às consultas.

-Organizar as agendas para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares:

Vamos a estabelecer uma jornada de trabalho em cada semana para acolher estes usuários.

-Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Nas palestras que temos planejadas nos grupos da comunidade, nas consultas médicas, nas visitas domiciliares por médico, enfermeira e agentes comunitários, orientaremos aos usuários sobre esta importante consulta, além de colocar um mural na sala

de espera da UBS explicando isto. A comunidade é que mais pode colaborar sobre as mais adequadas estratégias para evitar evasão dos diabéticos e hipertensos, então vamos ouvi-la para compreender os motivos da evasão e buscar soluções.

-Esclarecer aos usuários com hipertensão Arterial e Diabetes mellitus e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas:

Nas consultas médicas, nas palestras com os grupos de usuários, nas visitas domiciliares semanais pelo médico e enfermeira, nas visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários explicaremos como será a programação das consultas e sua importância.

-Capacitar as agentes comunitárias para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade:

Nas reuniões de equipes semanais, planejamos uma hora para capacitar aos agentes comunitários sobre como devem fazer as orientações aos usuários a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Metas:

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

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

Ações:

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

A enfermeira avaliará a cada semana os registros dos usuários atendidos na semana e levará na reunião de equipe as dificuldades ou erros em cada registro.

- 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.

As agentes comunitárias têm acesso aos registros dos usuários de sua área de abrangência para revisar se estão em atraso às consultas de acompanhamento e na realização de exame complementar, a recepcionista verificará a cada semana os que não realizaram os exames complementares, a realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, a técnica de enfermagem revisará a cada semana quais usuários não estão avaliados corretamente e informará na reunião de equipe sobre as deficiências.

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

Nas consultas médicas e aproveitando cada visita domiciliar além das palestras e reuniões de grupo cada membro da equipe de acordo ao contexto orientará aos usuários e comunidade sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabéticos.

Nas capacitações planejadas nas reuniões da equipe o médico e enfermeiras realizarão capacitação a toda a equipe em relação aos registros necessários ao acompanhamento dos usuários.

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

Em cada reunião de equipe se necessário se capacitará a equipe para que saibam adequadamente como fazer o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Metas:

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

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

Ações:

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

Cada mês o médico revisará o monitoramento da verificação de estratificação de risco por ano para identificar quais usuários não estão verificados para resgatar-lhes e avaliá-los em consulta.

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Identificados os usuários de alto risco estes serão listados e priorizados tanto em consultas médicas, como o agendamento de exames complementares e as visitas domiciliares pelas agentes comunitárias e as feitas pelo médico e enfermeira tendo em conta a estes usuários.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

De acordo com os usuários classificados neste grupo, a cada semana organizaremos as agendas para quantos deverão ser priorizados para agendamento na próxima semana.

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

Nas reuniões de grupos, nas palestras, visitas domiciliares e consultas médicas os membros da equipe de acordo com sua competência orientarão a estes usuários sobre o nível de risco e sua importância do acompanhamento regular para evitar complicações.

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

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

Isto será feito nas palestras e reuniões de grupo de usuários pelo médico e enfermeira preparando temas específicos sobre alimentação saudável e outros hábitos de vida, sobre como modificar os fatores de risco, para evitar complicações.

- 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.

Isto será feito nas capacitações, nas reuniões de equipe pelo médico da UBS, com o objetivo de que toda a equipe saiba como realizar a estratificação de risco, conheça a importância de registrar esta avaliação, e de como fazer estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

1-Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ações:

-Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal aos hipertensos e diabéticos:

Mediante os registros de hipertensos e diabéticos e nos prontuários vamos anotando os usuários que estão sendo orientados e ter o controle, além de parceria com outros profissionais como nutricionistas para a adequada orientação.

-Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física:

Nas reuniões de grupo, que realizamos uma vez ao mês, abordaremos um tema relacionado com alimentação saudável e prática de atividade física além de palestras educativas nas consultas planejadas para estes usuários na UBS.

-Demandar junto ao gestor parceiras institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade:

Solicitar ao gestor municipal de saúde a participação da nutricionista e educador físico do município que trabalha com o SUS, para que participe uma vez ao mês nas reuniões de grupo com estes usuários da comunidade para uma orientação detalhada sobre alimentação saudável e prática de atividade física.

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

Solicitar uma reunião com o gestor de saúde para a possibilidade da compra deste medicamento antitabagismo de acordo a quantidade de usuários fumantes que precisem deste tratamento, para priorizá-los.

-Orientar a usuários e familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física, tratamento para abandonar o tabagismo e higiene bucal:

Nas visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde, nas consultas médicas e nas palestras explicaremos a eles sobre a importância desses temas para prevenir complicações da doença.

- Capacitar a equipe da unidade básica da saúde sobre prática de alimentação saudável:

Solicitar ao gestor de saúde para que a nutricionista do SUS faça uma capacitação sobre este tema a realizar-se na UBS com toda a equipe.

-Capacitar a equipe da unidade básica de saúde sobre a promoção de atividade física:

Nas reuniões de equipe pretendemos fazer capacitação sobre como fazer a promoção das atividades físicas de maneira que os usuários possam entender melhor sua importância.

-Capacitar a equipe de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas:

Aproveitando que a enfermeira da equipe recebeu uma capacitação sobre este tema, ela na reunião de equipe vai fazer uma capacitação para a equipe.

2.3.2 Indicadores

COBERTURA

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

- Hipertensão Arterial:

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

- Diabetes Mellitus:

Meta: Cadastra 80% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da 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.

QUALIDADE

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

- Hipertensão Arterial:

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

Indicador: Número de Hipertensos com exame clínico apropriado entre o número total de Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado

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

Meta 2.2: garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Número de Hipertensos com exame complementar em dia entre o número total de Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Meta 2.3: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Número de Hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular entre o número total de Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.4: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

Indicador: Número de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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.

- Diabetes Mellitus:

Meta 2.4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Indicador: Número de Diabéticos com exame clínico apropriado entre o número total de Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta2.4: garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Número total de Diabéticos com exame complementar em dia entre o número total de Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia

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

Meta2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Número de Diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular entre o número total de Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta2.6: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Número de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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.

ADESÃO

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

- Hipertensão Arterial:

Meta3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Número de Hipertensos faltosos às consultas médicas entre o número total de Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

- Diabetes Mellitus:

Meta3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Número de Diabéticos faltosos às consultas medicas entre o número total de Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

REGISTRO

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Hipertensão Arterial:

Meta4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Numero de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

- Diabetes Mellitus:

Meta4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Numero de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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.

AVALIAÇÃO DE RISCO

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

- Hipertensão Arterial:

Meta5.1: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Número de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

- Diabetes Mellitus:

Meta5.2: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Número de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

- Hipertensão Arterial:

Meta6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Número de usuários hipertensos com orientação sobre alimentação saudável entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta6.2: Garantir a orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos hipertensos.

Indicador: Número de usuários hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Meta6.2: Garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Número de usuários hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta6.3: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Número de usuários hipertensos com orientação sobre higiene bucal entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Diabetes Mellitus:

Meta6.4: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.**Indicador:** Número de usuários diabéticos com orientação sobre alimentação saudável entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta6.5: Garantir a orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos diabéticos.

Indicador: Número de usuários diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 6.6: Garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.**Indicador:** Número de usuários diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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 diabéticos.

Indicador: Número de usuários diabéticos com orientação sobre higiene bucal entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

A logística é a área de gestão responsável por prover os recursos humanos e materiais necessários para a realização de todas as atividades que serão feitas no projeto de intervenção. Para abordagem dos usuários hipertensos diabéticos a proposta inicial é a realização do cadastramento. O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários pela unidade seja para consulta, troca de receita e outros e também pela busca ativa dos outros usuários sabidamente hipertensos e diabéticos pelas agentes comunitárias de saúde. Será utilizada uma ficha de cadastro com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), fatores de risco, medicações em uso, comorbidades e classificação de risco de cada usuário. As agentes comunitárias juntamente com a técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos. O médico e enfermeira durante as consultas médicas e de enfermagem realizarão os preenchimentos dos demais dados. Para isto será utilizado o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

A ficha de cadastro de Hipertenso e/ou diabético disponibilizada pela secretaria municipal de saúde será adaptada pela equipe durante as reuniões de equipe para a discussão do projeto de intervenção, pois faltam campos necessários para o preenchimento, como o local específico para a descrição de risco para cada usuário que por enquanto será descrito no canto superior direito da ficha.

As reuniões de grupos com os usuários serão planejadas pela enfermeira e discutida nas reuniões de equipe, e as agentes comunitárias serão responsáveis de convidar aos usuários, estas serão feitas todos os meses, o local será uma igreja que está na área de abrangência e o responsável da coordenação é o médico. Os temas a apresentar serão apresentados pelo médico e enfermeira nas reuniões de equipe, os mesmos são os responsáveis de sua preparação, e as agentes comunitárias da preparação do local da igreja onde serão feitas as reuniões com os grupos.

As consultas médicas e de enfermagem serão realizadas em horários preferencialmente predeterminados para essa atividade. O controle da frequência e a regularidade dos usuários às consultas médicas e enfermagem e a realização dos exames complementares, além da análise de adesão ao tratamento pelas visitas dos agentes comunitários será realizado por meio de acompanhamento das fichas, a ficha de acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos a ser preenchida pelo médico e enfermeira durante as consultas.

Nessa etapa a equipe empenhada no plano de ação deverá buscar conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde de forma a estabelecer abordagem centrada em medidas

de promoção de saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento e as visitas domiciliares até as consultas médicas e de enfermagem. Esta conscientização da população será feita mediante as palestras nas reuniões de grupos assim como nas consultas individuais e visitas domiciliares.

Para a realização das operações do projeto de intervenção serão necessários diversos recursos como:

- Organizacionais:

- Equipamentos adequados para a realização da classificação. A UBS possui esfigmomanômetro, estetoscópios, fitas métricas, cinta métrica, glicômetros, balança.

- O espaço físico para as palestras será a igreja, os equipamentos como as cadeiras já estão disponíveis, o computador será oferecido pelo médico e o projetor pela secretaria municipal e a responsável é a enfermeira.

- Disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas: os profissionais tanto da ESF quanto a equipe expandida, já estão cientes e dispostos a participar do projeto.

- Cognitivos: Capacitação dos profissionais de saúde para a realização de suas tarefas do projeto de intervenção.

A atualização conceitual e o treinamento dos profissionais de saúde da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pelo médico e enfermeira, durante as reuniões de equipe. A gerente das operações será a enfermeira que já exerce cargo de liderança na equipe e tem experiência profissional e trabalha na UBS desde que esta iniciou seu funcionamento

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS																

sobre o protocolo de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus																	
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática																	
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa																	
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão e Diabetes solicitando apoio para a assistência deles as consultas e demais estratégias que serão implementadas																	
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos																	
Grupos de hipertensos e diabéticos																	
Capacitação das ACS para a realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas																	
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas																	
Monitoramento da intervenção																	

3Relatório da Intervenção

A intervenção foi para melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família na UBS Navegantes, São Sebastião do Cai /RS. Um dos problemas de saúde população em geral são as doenças crônicas não transmissíveis, que são adquiridas durante a vida, as mais frequentes são Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Melhorar a informação sobre as doenças crônicas não transmissíveis da comunidade de Navegantes no município de São Sebastião do Cai, estado Rio Grande do Sul, é a justificativa fundamental de meu projeto de intervenção.

Inicialmente a intervenção estava programada para acontecer em 16 semanas, porém, devido ao período de férias foi reduzido o período de realização para 12 semanas.

Na primeira semana de intervenção fizemos a reunião de equipe para fazer o planejamento, foi definido procurar na secretaria de saúde os materiais para facilitar o projeto, além disso, já tínhamos em nossas mãos as fichas espelhos e consultamos os prontuários antigos de alguns usuários e o prontuário eletrônico para verificar as consultas e o tratamento, além disso, revisamos as fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Na segunda semana foi feita a capacitação dos profissionais da unidade básica de saúde só que tivemos alguns inconvenientes, tivemos duas agentes comunitárias de férias e foi decidido fazer a capacitação delas quando voltassem das férias.

Foi feito o cadastro na população de usuários com hipertensão e diabetes e a busca ativa dos faltosos às consultas pelas agentes comunitárias. Foi feito o atendimento clínico pelo médico e pela enfermeira, a triagem que é parte do atendimento clínico, por último fizemos o monitoramento das ações e o cronograma de trabalho para a próxima semana.

Na terceira semana continuamos com a capacitação dos profissionais da unidade básica de saúde, para isso foi feita uma palestra educativa com a participação da equipe. O cadastro na população de usuários com hipertensão e diabetes foi feito pelas agentes comunitárias na área adstrita e a busca ativa dos faltosos à consulta, para isso as agentes comunitárias fizeram as visitas domiciliares para ter certeza que estão morando na área e para agendar consulta para a avaliação clínica. O atendimento clínico pelo médico foi feito por acompanhamento em consulta e avaliação das necessidades do usuário sobre o atendimento odontológico e foram indicados exames complementares aos que não têm feito. Nessa semana fizemos o grupo de hipertensos e diabéticos onde falamos sobre o estilo de vida saudável e a importância de atendimento odontológico

participamos todo os integrantes da equipe e foram 45 usuários. O cronograma de trabalho para a próxima semana foi feito e o monitoramento das ações também.

Na quarta semana continuamos com a capacitação dos profissionais da unidade básica de saúde conforme as semanas anteriores e fizemos a capacitação da enfermagem e das agentes comunitárias de saúde que estavam de férias, na mesma falamos sobre como devem fazer as orientações aos usuários a realizar as consultas e sua periodicidade. A busca ativa dos faltosos à consulta e o cadastramento da população foram feitos pelas agentes comunitárias, uma vez identificados com endereço orientamos as agentes comunitárias destes para que os visitem e orientem sobre a importância de comparecer às consultas para avaliação clínica. As agentes visitaram dois usuários que faltaram na consulta na semana anterior e eles estavam fora da área temporariamente. Nesta semana na avaliação clínica tivemos usuários que retornaram com exames clínicos em dia e avaliamos outros que precisam fazer exames, foi dada orientação nutricional e a importância de um estilo de vida saudável. Além disso, nessa semana foi criado um grupo para acompanhamento dos usuários fumantes no município, dos atendidos nessa semana foram encaminhados cinco fumantes e tivemos retorno de três que estão fazendo acompanhamento nesse grupo. O cronograma de trabalho para a semana próxima e o monitoramento das ações da semana foi feito em reunião da equipe.

Na quinta semana continuamos com a capacitação dos profissionais da unidade básica de saúde (agentes comunitárias, recepcionista, técnica de enfermagem) sobre o manejo das fichas espelhos e prontuário eletrônico, na mesma falamos sobre como devem fazer as orientações aos usuários a realizar as consultas e sua periodicidade.

A busca ativa dos usuários faltosos à consulta e seu cadastramento foi feito pelas agentes comunitárias e outros foram espontaneamente à Unidade e foram cadastrados pela enfermagem. Uma vez identificados os faltosos com endereço orientamos as agentes comunitárias para que os visitem e orientem sobre a importância de comparecer às consultas para avaliação clínica; as agentes visitaram três usuários que faltaram na consulta na semana anterior e fizemos agendamento para estes nessa semana.

Também fizemos avaliação clínica, tivemos usuários que retornaram com exames clínicos em dia e avaliamos outros que precisam fazer exames, foi dada orientação nutricional e a importância de um estilo de vida saudável, além disso, nessa semana encaminhamos a quatro usuários para o grupo fumantes com acompanhamento pela equipe criada no município, avaliamos o cronograma de trabalho para a próxima semana. O monitoramento das ações dessa semana foi feito pela equipe, onde avaliamos que tínhamos que nos esforçar mais ainda no cadastramento e atendimento dos usuários para alcançar as metas do projeto.

Fizemos um resumo da cobertura dos usuários cadastrados nesse mês e que ainda estão baixos de acordo com a proporção do total, pelo que conscientizamos toda a equipe para se esforçar mais ainda nessas próximas semanas para alcançar os objetivos. As agentes comunitárias relataram que a partir desse momento iria ser possível devido a que os usuários que se encontravam foram da área devido ao verão já estariam de volta.

Na sexta semana continuamos com o cadastramento e a busca ativa dos faltosos às consultas, os cadastramentos foram feitos pelas agentes comunitárias, alguns usuários foram espontaneamente ao posto. Uma vez identificados os faltosos com endereço orientamos as agentes comunitárias para que os visitem e orientem sobre a importância de comparecerem às consultas para avaliação clínica; as agentes visitaram 12 usuários que faltaram à consulta na semana anterior, fizemos agendamento para estes na próxima semana, deles, quatro foram consultados nessa semana.

Fizemos avaliação clínica, tivemos usuários que retornaram com exames laboratoriais e avaliamos outros que precisam fazer exames, foi dada orientação nutricional e a importância de um estilo de vida saudável, além disso, nessa semana encaminhamos mais cinco usuários para o grupo de fumantes com acompanhamento pela equipe criado no município, avaliamos o cronograma de trabalho para a próxima semana. O monitoramento das ações dessa semana foi feito pela equipe, onde avaliamos o resultado depois do esforço dessa semana que foi muito bom. Conscientizamos toda a equipe para continuar a se esforçar mais ainda nas próximas semanas para alcançar os objetivos.

Na sétima semana continuamos com as ações do projeto de intervenção onde tivemos bom avanço desde as duas últimas semanas, segundo o acordado nas reuniões semanais de equipe onde nos comprometemos em nos esforçar mais ainda para alcançar os objetivos. Iniciamos segunda-feira onde as agentes comunitárias continuaram com o cadastramento e a busca ativa dos faltosos à consulta, identificados os faltosos com endereço orientamos as agentes comunitárias para que os visitem e orientem sobre a importância de comparecer às consultas para avaliação clínica; além de cadastrar aos usuários que não estão assistindo á consultas por outros motivos. Identificamos dois usuários com diagnóstico de hipertensão arterial sem tratamento médico e que precisavam de medicamentos, nossa equipe fez visitas domiciliares a três usuários com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus faltosos às consultas, mas por estar acamados por AVC, fizemos avaliação em seus domicílios e solicitamos realizar exames em seu domicílio pela enfermagem na sexta-feira.

Na avaliação clínica no posto de Saúde, tivemos usuários que retornaram com exames laboratoriais e solicitamos a outros que precisam, foi dada orientação nutricional e a importância

de um estilo de vida saudável, avaliamos o cronograma de trabalho para a próxima semana, o monitoramento das ações dessa semana foi feito pela equipe, onde avaliamos os resultados depois do esforço das duas últimas semanas, o que foi muito bom. Fizemos um encontro com grupos de usuários de Hipertensos e Diabéticos na igreja onde participou o Secretário de Saúde do Município, além dos integrantes da equipe: médico, Enfermeira, Técnica de enfermagem, Estagiária, e as cinco Agentes comunitárias, além da nutricionista do município. Participaram 56 usuários, mais que a primeira palestra realizada nesse mesmo lugar, preparamos uma palestra sobre alimentação saudável e sobre prevenção de complicações secundárias, todos os usuários ficaram muitos contentes e agradecidos pela reunião, aproveitamos também para avaliar HGT e PA.

Na semana oito fizemos revisão dos prontuários e as fichas em espelhos da UBS, demos continuidade à capacitação da enfermagem e agentes comunitárias sobre as orientações para cada usuário e mantivemos a busca ativa dos usuários faltosos à consulta.

Começamos a semana nove com a revisão dos prontuários e as fichas espelhos da unidade básica de saúde e fizemos a capacitação da enfermagem e das agentes comunitárias, na mesma falamos sobre como devem fazer as orientações aos usuários a realizar as consultas e sua periodicidade. A busca ativa dos faltosos à consulta e o cadastramento da população estão sendo realizado pelas agentes comunitárias. As agentes visitaram dois usuários que faltaram na consulta e eles estavam fora da área. Nesta semana na avaliação clínica tivemos usuários que retornaram com exames clínicos em dia e avaliamos outros que precisam de fazer exames, foi dada orientação nutricional e a importância de um estilo de vida saudável.

Na semana dez fizemos uma palestra educativa sobre as complicações da diabetes e hipertensão e sobre a importância da colaboração com a realização e execução do projeto de intervenção. A palestra foi feita na Igreja da comunidade, os participantes foram os usuários, enfermagem, agentes comunitárias de saúde e o médico (eu). O cadastramento está sendo feito pelas agentes comunitárias. Os faltosos às consultas estão sendo avaliados, mais ainda temos usuários com exames complementares pendentes para o qual estamos orientando a importância da realização dos mesmos para fazer uma avaliação sobre a saúde deles e a prevenção da aparição das complicações, mantemos as orientações sobre uma alimentação saudável além disso foi orientada a importância de cumprir com o tratamento para evitar complicações. Todas as orientações estão sendo feitas nas consultas, visitas domiciliares e nas palestras pela equipe.

Na semana onze fizemos uma revisão dos prontuários e as fichas espelhos da unidade básica de saúde. Nessa semana tivemos uma nova técnica de enfermagem a qual foi capacitada para o trabalho em equipe e para a participação no projeto de intervenção. As agentes

comunitárias são as responsáveis do cadastro da população. Nessa semana foram avaliados os usuários faltosos na consulta pela enfermeira e o médico, na unidade, eles estão com bom estado geral e compensados de suas doenças, alguns estão com exame complementares pendentes, foi dada orientações gerais aos que foram atendidos nessa semana na unidade.

Na semana doze foram avaliados usuários faltosos na consulta e outros que têm um seguimento adequado, a avaliação foi na unidade, eles estão com um bom estado geral e eles referem que estão fazendo a medicação certa. O atendimento foi feito pela enfermagem e por mim, médico da unidade, ainda temos usuários com exames complementares pendentes, foi dada orientação geral e nutricional além disso, foi orientada a importância de cumprir com o tratamento para evitar complicações. Fizemos um grupo nesta semana com uma boa participação e interesse dos usuários e da equipe, na Igreja da comunidade, sobre o cuidado com diabetes e a importância de avaliação por oftalmologista e odontologistas.

Fizemos uma avaliação da intervenção e chegamos à conclusão que apesar de que não ter sido cumprido todos os objetivos planejados até o momento, o projeto de intervenção está tendo um efeito positivo na população porque os usuários estão colaborando e o resultado é que suas doenças estão mais controladas, eles estão aprendendo sobre como tratar adequadamente suas doenças, e estão compreendendo a importância de sua adesão permanente ao programa para o cuidado de sua saúde.

Em relação aos objetivos do projeto estava planejado ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos até 80% e foram acompanhados 230 usuários, representando 46,3 % para os hipertensos e 73 usuários diabéticos, representando 65,8 %. Vários motivos influenciaram como o não cadastro total da população da área, o tempo definido para a realização do projeto, além de que há usuários com atendimento em sistemas de saúde privados, muitos deles se incorporaram ao programa, mas outros não. Tivemos dificuldades na participação de alguns usuários nas palestras devido ao trabalho deles, mas decidimos que para eles nas consultas individuais se enfatizará os aspectos importantes tratado nas palestras, na coleta de dados também tivemos dificuldades devido à falta do cadastro da população que ainda não está atualizado.

Toda a equipe concorda que é possível a incorporação das atividades previstas no projeto à rotina do serviço e é viável também a continuidade das ações programáticas como rotina após o término da intervenção. O mais difícil foi feito que foi o início e conclusão do um projeto na UBS, que é o primeiro que se realiza desde que começou a funcionar, além disso as ferramentas estão orientadas, agora é preciso ter o desejo de continuar com o trabalho e sempre buscar soluções para as deficiências que apareçam.

4. Avaliações da intervenção

4.1 Resultados

Um dos principais problemas de saúde da população em geral são as doenças crônicas não transmissíveis, que são adquiridas durante a vida, as mais frequentes são Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, por isso, foi trabalhado esse foco em nossa intervenção.

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

A meta proposta era cadastrar 80% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou diabéticos da unidade de saúde.

A cobertura do programa de atenção a hipertensos na unidade de saúde no primeiro mês foi de 62 usuários (12,5%), no segundo mês foi de 135 (27,2%) e no terceiro mês 230, (46,3%) de hipertensos acompanhados ao final da intervenção.

Para os diabéticos foi da seguinte maneira: O primeiro mês foi acompanhado seis (5,4%), no segundo foram 37 usuários (33,3%) e no terceiro mês 73 (65,8%).

Como podemos observar não foi possível alcançar as metas propostas para este objetivo em sua totalidade porque muitas famílias foram mudaram para outras áreas do município por risco de enchente, além de usuários com planos de saúde e consultas particulares com cardiologistas e endocrinologistas, que não utilizam os serviços do SUS(Figura 1 e 2).

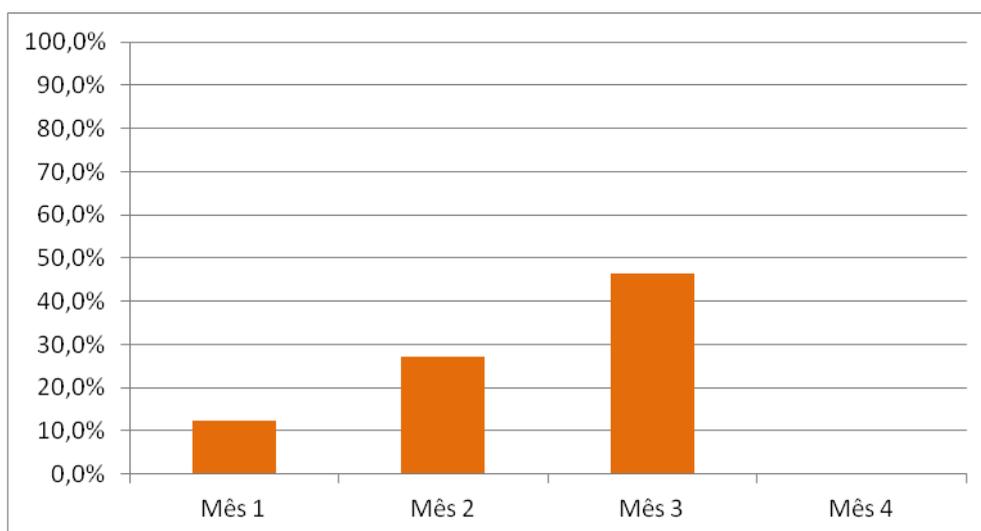


Figura 1: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

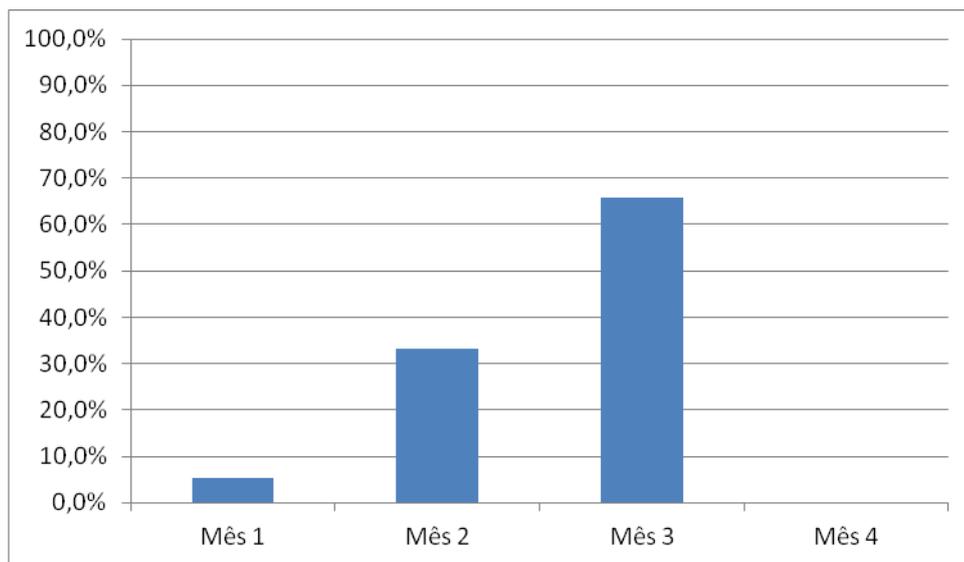


Figura 2: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

A proporção de hipertensos e/ou diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, com exame complementares em dia de acordo ao protocolo, com prescrição de medicamento na farmácia popular e com avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi de 100% do total dos usuários cadastrados na área, em todos os meses da intervenção. Isso foi possível devido ao trabalho em equipe onde foi desenvolvido todo o trabalho planejado, tivemos a participação de todos os membros da equipe com busca ativa dos usuários pelas agentes comunitárias. Fizemos palestras educativas sobre a importância de comparecer às consultas para avaliação médica, importância de realização de exame complementar no mínimo uma vez por ano, falamos sobre a cobertura dos medicamentos na farmácia popular e a importância de cumprir com o tratamento médico indicado, muitos usuários desconheciam a possibilidade de pegar os medicamentos na farmácia popular e sobre o prazo de vencimento das receitas. As metas foram cumpridas além de um aumento na oferta de medicamentos na farmácia popular que anteriormente tinham muitos em falta. Além

disso, temos uma estrutura no município para a realização dos exames complementares favorável para os usuários, já que não são demorados. Fizemos avaliação das necessidades de atendimento odontológico aos usuários e foi coordenado atendimento por odontologista de outro posto de saúde no mesmo município já que em nosso posto de saúde não temos este atendimento.

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

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

A proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa foi de 100% em todos os meses da intervenção, sendo 14 no primeiro e segundo mês e 46 no terceiro mês. Para os diabéticos também foi alcançada a meta de 100% de busca ativa aos faltosos às consultas, sendo um no primeiro e segundo mês e 17 no terceiro mês.

As metas planejadas foram alcançadas graças ao trabalho desenvolvido pelas agentes comunitárias com a busca ativa dos usuários faltosos na consulta e ao trabalho em equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 100% em todos os meses da intervenção. Sendo para hipertensos: no primeiro mês 62 usuários, no segundo 135 e no terceiro 230. Para os diabéticos foram seis no primeiro mês, no segundo 37 e terceiro mês 73 usuários.

O cumprimento do objetivo foi pela realização de fichas de acompanhamento a todos os usuários que não tinham as mesmas em cada uma das consultas médicas.

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

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

A proporção de hipertensos com a estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia foi no primeiro mês de 62 usuários, no segundo mês de 135 e terceiro mês de 230, com proporção de 100% em todos os meses. Para os diabéticos, foi de seis usuários no primeiro mês, no segundo mês de 37 e terceiro mês de 73, com proporção de 100% de diabéticos com estratificação de risco em cada mês.

Foi possível cumprir a este objetivo fazendo uma avaliação integrada aos usuários mediante a capacitação realizada previamente, com o comprometimento da equipe, na cooperação do usuário.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

A proporção de hipertensos com orientações nutricionais sobre alimentação saudável, orientação de prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal foi de 100% em todos os meses, sendo seis usuários no primeiro mês, 37 no segundo e 73 no terceiro mês.

Os objetivos foram alcançados em 100%, fizemos palestras educativas sobre hábitos alimentares saudáveis, importância de diminuir consumo de sal, gorduras e açúcar na alimentação, importância de uma dieta saudável com aumento no consumo de frutas e verduras. Sobre a prática de exercício físico falamos a importância de fazer caminhadas de 20 a 30 minutos no mínimo cinco dias por semana. Importância de tentar diminuir ou eliminar o hábito de fumar e os danos na saúde que este produz. E por último falamos em nossas palestras, consultas individuais e nas visitas domiciliares sobre a importância de uma boa higiene bucal em todos os usuários principalmente aos diabéticos.

4.2 Discussão

A intervenção na minha UBS alcançou uma ampliação da cobertura aos usuários Hipertensos e Diabéticos na população de abrangência, foi feita avaliação clínica a todos, também a realização dos exames laboratoriais de acordo ao protocolo, aumentou o número de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. Tivemos melhoria dos registros na ficha de acompanhamento, alcançamos melhor qualidade das consultas assim como a organização para o fluxo dos usuários na UBS.

A intervenção foi muito importante para a equipe porque facilitou o trabalho em união não só para a intervenção, mas também para o trabalho dia a dia na UBS, como por exemplo, para a atenção às crianças e grávidas que neste momento estamos aumentando a cobertura para estes grupos. Facilitou um maior conhecimento da área da população facilitando a priorização das visitas domiciliares aos mais necessitados. Melhorou o conhecimento das agentes comunitárias e enfermeiras no manejo dos usuários destes grupos.

Para o serviço teve importância porque possibilitou organizar melhor as agendas para este grupo de usuários que antes da intervenção procuravam assistência de maneira desorganizada o que em muitas ocasiões não era possível atender a toda a demanda, diminuiu a quantidade de demanda espontânea neste grupo, além disso a qualidade dos prontuários permitiu que os atendimentos fossem menos demorados, a ficha espelho facilitou conhecer a evolução clínica, também facilitou uma melhor adesão da equipe ao programa Hiperdia.

Esta intervenção teve um efeito muito importante para a comunidade porque além de elevar uma relação melhor entre a equipe e a comunidade, foi elevado o nível de conhecimento destes grupos sobre suas doenças assim como os fatores de risco tratamento, alimentação saudável e complicações. Esses foram temas desenvolvidos nas palestras e na interação individual com cada usuário. Por outro lado, ainda existem muitos usuários sem cobertura, também sabemos que alguns, que não são hipertensos e/ou diabéticos, estão insatisfeitos porque o agendamento para a realização de exames laboratoriais está demorando mais tempo devido ao aumento da cobertura destes grupos.

Se iniciasse a intervenção nesse momento gostaria de primeiro fazer a capacitação da equipe até que tudo ficasse bem claro, sobre cada tarefa correspondente de maneira individual, para facilitar que nas reuniões da equipe semanais seja avaliado o desenvolvimento das atividades, tendo mais tempo para a discussão das atividades feitas na semana. Também que o cadastro da população geral da área de abrangência seja completo o que é importante para a realização da intervenção e um conhecimento melhor do modo e condições de vida da população.

Vamos incorporar a intervenção à rotina diária de nosso serviço para alcançar a adesão da maioria dos usuários destes grupos ao programa. Também divulgar mediante as palestras e de forma rotineira a priorização dos atendimentos aos usuários de maior risco, além da conscientização da população sobre porque o agendamento de exames laboratoriais se estendeu, também vamos trabalhar para articular os atendimentos odontológicos que ainda é muito insuficiente, porque não temos equipe de odontologia nem recursos humanos na UBS, temos que priorizar aos mais necessitados para articular o atendimento com a equipe de

odontologia do município, pois temos o transporte para levar aos usuários, estamos coordenando os agendamentos.

Para os próximos meses temos planejados aumentar a cobertura destes grupos ao programa, também tomando este projeto como exemplo já estamos implantando o programa de pré-natal e puericultura que ainda está no início, mas que já tem alguns resultados. Estamos planejando também fazer um levantamento sobre usuários de risco de tuberculose, tudo isso aproveitando os conhecimentos que nos permitiu o projeto de intervenção. Queremos também fazer um trabalho na comunidade para modificar os fatores de risco na prevenção da dengue que ainda não tem casos diagnosticados, mas sim em outros municípios perto.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Prezados gestores, foi realizado um Projeto de Intervenção na Unidade Básica da Saúde (UBS) Navegantes, localizada na zona urbana do município São Sebastião do Caí/RS. A unidade possui uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010, o município tem uma população de 25 000 habitantes e seu sistema de saúde está estruturado com um hospital de pequeno porte, situado na zona urbana, cinco UBS e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo I. Com relação à população da área de abrangência da UBS Navegante existe aproximadamente 3344 pessoas em todo o território, destes temos uma estimativa de 497 usuários com hipertensão arterial sendo 14,4% e 111 com diabetes mellitus sendo 3,2%.

O projeto de intervenção fez parte do curso de Especialização em Saúde da Família, foi realizado com todos os usuários diabéticos e hipertensos da área de abrangência maiores de 20 anos. O objetivo principal deste projeto foi a melhora da assistência prestada aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família, e conseqüentemente melhorar o controle dessas doenças.

Escolhemos este tema porque esse é um dos principais problemas de saúde da população em geral e de nossa comunidade, e uma das maiores demandas por consultas médicas. A hipertensão e diabetes são doenças adquiridas durante a vida, influenciada por fatores de risco como tabagismo, obesidade, sedentarismo, alimentação não saudável e agravadas pelo não cumprimento por parte dos usuários do tratamento farmacológico,

A intervenção foi realizada pelos profissionais da equipe composta por médico da família, enfermeiras, agentes comunitários e participação ativa da comunidade. Além disso contamos com a participação de nosso secretário de saúde do município, o qual participou em nossas palestras realizadas na igreja da comunidade.

Com a realização do projeto de intervenção e as ações de promoção em saúde ampliamos a cobertura de hipertensos até 230 usuários (46,3 %) e aos diabéticos até 73 usuários (65,8%), melhoramos a qualidade da atenção a estes usuários. Antes da intervenção ninguém dos usuários haviam recebido orientações sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável, atualmente 100% dos hipertensos têm essas orientações, uma vez que toda a equipe foi capacitada e compreendeu a importância dessas orientações, nenhum diabético tinha avaliação de saúde bucal em dia e agora 100% têm essa avaliação. Melhoramos a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa de atenção da saúde da família, melhoramos o registro das informações destes usuários, identificamos riscos de complicações cardiovasculares aos hipertensos e diabéticos.

Por esses resultados satisfatórios percebidos pela equipe da unidade todos se comprometem a dar continuidade às ações incorporadas pela intervenção após o término da mesma, logo, a expectativa é que muitos outros usuários receberão um atendimento de melhor qualidade.

Sua colaboração enquanto gestor foi fundamental para o sucesso de cada uma das ações que faziam parte da intervenção, pela disponibilidade dos recursos materiais e humanos para que tudo acontecesse de forma adequada e colaborasse especialmente para meu aprimoramento profissional, mas também de toda a equipe, dessa forma, expressei minha gratidão.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Comunidade da área da UBS Navegantes, realizamos uma intervenção nessa comunidade para melhoria do controle dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (pressão alta) e diabetes mellitus (açúcar no sangue)

Escolhemos este assunto porque é um dos problemas de saúde mais comuns na comunidade, com maior frequência nas consultas médicas. Essas são doenças adquiridas durante a vida, influenciada por fatores como tabagismo, obesidade, sedentarismo,

alimentação não saudável. Trabalhamos com usuários hipertensos e diabéticos acima de 20 anos que moram nessa região.

A intervenção foi feita pela equipe toda, composta por médico de família e comunidade, enfermeiras, agentes comunitários e participação ativa da comunidade. Além disso tivemos a participação de nosso secretário de saúde do município que participou em nossas palestras realizadas na igreja da comunidade.

Com a realização do projeto nós vimos que muitos usuários não tinham um controle adequado da doença, muitos que não tinham exames laboratoriais em dia, que não tinham tratamento farmacológico, não praticavam nenhuma atividade física, fumantes, outros faltosos nas consultas e um grande grupo que não conheciam as orientações nutricionais para suas doenças.

Depois da intervenção avaliamos consideravelmente cada um dos aspectos anteriores e chegamos na conclusão que a intervenção teve um efeito positivo na comunidade para a saúde dos doentes e da população em geral. A participação da comunidade em todo o processo de uma intervenção que busca a melhoria da saúde é fundamental, pois é importante conhecer as necessidades de cada um, por isso busquem informações na unidade sobre as ações que estão sendo realizadas, assim como com os agentes comunitários de saúde que estão próximos a vocês, levem sugestões do que pode ser melhorado, certamente o ganho será revertido à toda comunidade.

5. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família disponibilizado pelo programa mais médicos e facilitado pela UNASUS-UFPEL, foi muito importante para o meu aprendizado, ao início eu achava complexo, mas quando foi desenvolvendo-se semana a semana tudo foi convertendo-se no sistema de aprendizagem e uma ferramenta para auto estudo e para a prática do trabalho na comunidade.

Permitiu a realização do projeto de intervenção que teria sido muito difícil fazer sem as ferramentas e exigências estabelecidas pelo curso. Os fóruns permitiram interagir com colegas, compartilhar conhecimentos e esclarecer dúvidas, serviu de ajuda coletiva.

Os diálogos com os orientadores foram muito determinantes na realização e conclusão do projeto, para criar um ambiente adequado para sanar dúvidas e receber orientações, agradeço a

colaboração da orientadora que facilitou todo o caminho e desenvolvimento dos estudos e trabalho.

Acho que os casos clínicos foram os mais importantes no processo de aprendizagem e foi muito útil para a prática médica, pois facilitou condutas em determinadas situações no meu trabalho e melhorou meus conhecimentos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**–Brasília,2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf Acesso em: 08/06/2014 às 22:00 h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica Para o Sistema Único de Saúde. Caderno de Atenção Básica nº15.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. **Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica nº16.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa Brasília. Caderno de Atenção Básica nº19.** Brasília, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. **Linhas de Cuidado-Hipertensão Arterial e Diabetes.** Brasília, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: tratamento e acompanhamento.** São Paulo: SBD; 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** ArqBrasCardiol. 2010; 95(1 Supl.1): 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2. Posicionamento oficial SBD nº 3.** Atualização 2011.

GUSSO, Gustavo(org); LOPES, José Mauro Ceratti(org). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** v. II. Porto Alegre; Artmed; 2012. xxii, 845 p.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

CA		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Indicadores hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																					
1	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do hipertenso ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento farmacológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Forrealizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está sendo realizada?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?				
2	Nome do paciente	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	
3	Orientações de preenchimento	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	
9	6																				
10	7																				
11	8																				
12	9																				
13	10																				
14	11																				
15	12																				
16	13																				
17	14																				
18	15																				
19	16																				
20	17																				
21	18																				
22	19																				
23	20																				
24	21																				
25	22																				
26	23																				
27	24																				
28	25																				
29	26																				
30	27																				
31	28																				
32	29																				

