

**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 na UBS Frank Pais, Niterói/RJ**

Pedro Bring Legon

Pelotas,2015

Pedro Bring Legon

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Frank Pais, Niterói/RJ**

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

Orientador: Ana Paula Soares

Pelotas, 2015

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

L516m Legón, Pedro Bring

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Frank Pais, Niterói/RJ / Pedro Bring Legón; Ana Paula Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 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. Soares, Ana Paula, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A minha mãe, por ter sabido guiar-me sempre pelo caminho certo.

A meu filho por ser minha força motriz e meu maior tesouro na vida.

A minha esposa querida por seu apoio incondicional ajudando-me sempre a vencer obstáculos.

Agradecimentos

A todas as pessoas que de uma forma u outra participaram na intervenção e ajudaram ao sucesso da mesma.

A minhas orientadoras as professoras Aline e Ana Paula por sua ajuda e indicações certas, que fizeram possível a realização do TCC.

Resumo

LEGON, Pedro Bring. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Frank Pais, Niterói/RJ.** 2015. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Este trabalho foi desenvolvido como parte integrante da Especialização em Saúde da Família. Após minha inserção na UBS Frank Pais, Cavalao, na equipe 019, foi realizada a análise situacional da unidade, com o objetivo de conhecer as principais dificuldades apresentadas na Unidade de Saúde e principalmente pela equipe e com o diagnóstico realizado foi elaborado um projeto de intervenção sobre uma ação programática, proposta pelo curso. A ação programática escolhida para o projeto foi a relacionada ao programa de atenção ao paciente diabético e hipertenso, pois não tinham uma boa organização e desta forma eram deficientes, então a equipe elaborou um cronograma para realizar as diferentes ações planejadas. O atendimento aos pacientes portadores nestas doenças crônicas tem a finalidade realizar um acompanhamento coreto aos pacientes realizando um adequado acolhimento dos mesmos, garantindo assim uma melhor qualidade de vida neles, diminuindo as possíveis complicações relacionadas as doenças interessadas. Para isso a equipe desenvolveu diferentes ações de promoção e prevenção em saúde, representando isso a ferramenta essencial utilizada no trabalho da atenção básica, para dar cumprimento aos objetivos propostos, seguindo o padrão preconizado pelo o ministério da saúde. Cada um dos atendimentos realizados visaram a impedir o aumento das taxas de morbimortalidade trabalhando fundamentalmente nos principais fatores de risco apresentados pelos paciente. A intervenção foi desenvolvida no período de 12 semanas, de fevereiro a maio de 2015, segundo o cronograma traçado com a participação ativa de todos os membros da equipe e com a realização das ações nos 4 eixos solicitados pelo curso que sendo a Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação; Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. A metodologia utilizada foi o desenvolvimento das diferentes ações de educação em saúde com os profissionais da unidade e com os usuários, o preenchimento das fichas de atendimento específicas (fichas-espelho) e o acompanhamento da intervenção através de planilhas eletrônicas de coleta de dados. Durante a intervenção alcançamos um índice de cobertura relacionado aos usuários hipertensos de 67,1% representado por uma cifra de 116 para um total de 173, além de obter um índice de cobertura relacionado aos usuários diabético de 100% representado por uma cifra de 83, relacionado ao nossa área de abrangência. A totalidade dos usuários foram acompanhados conforme o padronizado ao protocolo proposto pelo Ministério da Saúde com garantia de cobertura de 100% de quase todos os indicadores de qualidade e busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde dos usuários faltosos as consultas. A realização da intervenção possibilitou integração e organização do processo de trabalho da equipe, as melhorias no atendimento prestado aos usuárias interessados e o mais importante a integração destas ações à rotina de trabalho da equipe na UBS. O trabalho permanecerá na equipe com a mesma metodologia realizada e vamos transmitir a outra equipe de saúde da família que também atua na UBS, para que reorganizem os processos de trabalho e possam realizar os atendimentos de acordo

com os protocolos do Ministério da Saúde. Pode-se concluir que o projeto de intervenção desenvolvido logrou nosso objetivo geral de melhorar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, na UBS Frank Pais.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial

Lista de Figuras

Figura 1	Quadro indicado da população cadastrada na equipe 019 da UBS Frank Pais, município Niterói/RJ. Outubro 2014.	16
Figura 2	Agentes comunitários de saúde e líderes da comunidade, trabalhando em conjunto na ação cidadã.	61
Figura 3	Visita domiciliar a um paciente idoso diabético e hipertenso.	61
Figura 4	A equipe reunida em presença de odontólogo, técnica de saúde bucal, supervisora de clinica medica e integrantes da secretaria de saúde, trabalhando em conjunto na ação cidadã	62
Figura 5	Atendimento medico ao paciente diabético e hipertenso.	62
Figura 6	Gráfico indicativo do comportamento da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ.	66
Figura 7	Gráfico indicativo do comportamento da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ.	67
Figura 8	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com exame clinico em dia acordo com o protocolo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	69
Figura 9	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com exame clinico em dia acordo com o protocolo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	69
Figura 10	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	70
Figura 11	Gráfico indicativo do Comportamento da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	71
Figura 12	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	71

Figura 13	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	72
Figura 14	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	73
Figura 15	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015. Fonte: Planilha UFPel, 2015	73
Figura 16	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	74
Figura 17	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	75
Figura 18	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no PMF Frank Pais, Cavalao , Niterói/RJ 2015.	75
Figura 19	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	76
Figura 20	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	77
Figura 21	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	77
Figura 22	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	78
Figura 23	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos	79

	com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no PMF Frank Pais, Cavalão , Niterói/RJ 2015.	
Figura 24	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com orientação sobre a pratica de atividade física regular, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	79
Figura 25	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a pratica de atividade física regular, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	80
Figura 26	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	81
Figura 27	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	82
Figura 28	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	82
Figura 29	Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.	83

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	13
1 Análise Situacional	14
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	14
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	17
2 Análise Estratégica.....	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores.....	45
2.3.3 Logística	51
2.3.4 Cronograma	56
3 Relatório da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	63
4 Avaliação da intervenção.....	64
4.1 Resultados	64
4.2 Discussão.....	81
5 Relatório da intervenção para gestores	84
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	89
Referências.....	91
Apêndices	92
Anexos	93

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a UNASUS. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o principal objetivo de melhorar a atenção a saúde dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na UBS Frank Pais, pela equipe 019, do município de Niterói, RJ. O volume está constituído por cinco unidades de trabalho, sendo que na primeira parte desenvolvemos a Análise Situacional avaliamos as ações desenvolvidas na UBS e identificamos as deficiências, na segunda parte foi apresentada Análise Estratégica onde determinamos uma ação programática para ser realizado um projeto de intervenção, estando a mesma em correspondência com as deficiências encontradas no Analise Situacional. A terceira parte apresenta o Relatório da Intervenção após o projeto realizado durante 12 semanas na unidade de saúde. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos representativos dos diferentes indicadores de saúde, propostos na planilha de coleta de dados, e os relatórios à comunidade e gestores. Na quinta parte apresenta-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. Segue a continuação os anexos das fichas e planilhas utilizadas durante a intervenção, sendo finalizada a especialização com a produção deste TCC.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Niterói ("porto sinuoso" ou "água que se esconde" no idioma tupi) é um município do Estado do Rio de Janeiro, no Brasil, com população estimada em 487.562 habitantes (2010) e uma área de 129,3 km². Integra a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e ostenta o mais elevado índice de desenvolvimento humano entre as cidades fluminenses. Foi capital estadual até a fusão entre os Estados do Rio de Janeiro e da Guanabara em 1975. Está a 10,9 km da cidade do Rio de Janeiro e seus principais acessos rodoviários são a Ponte Rio–Niterói e Avenida do Contorno, ambas trechos da BR-101, a Alameda São Boaventura, trecho urbano da RJ-104, a Avenida Everton Xavier, trecho urbano da RJ-108. Também se pode chegar à cidade por meio das linhas de ferry conhecidas como Barcas.

Niterói possui o melhor índice de desenvolvimento humano do Estado e o terceiro do país de acordo com estudo feito pela Fundação Getúlio Vargas em junho de 2011,16 que também classificou Niterói como "a cidade com população mais rica do Brasil", por possuir 30,7 por cento dela inserida na classe A. Considerando as classes A e B, Niterói também aparece em primeiro lugar, com 42,9% de sua população inserida nessas classes. Está entre as cidades mais alfabetizadas do Brasil, além de apresentar a menor incidência de pobreza, a população com maior renda mensal per capita e o maior índice de longevidade municipal do Estado do Rio de Janeiro.

Niterói é a segunda cidade do mundo, superada apenas por Brasília, com a maior quantidade de obras projetadas pelo arquiteto Oscar Niemeyer. Em terrenos à beira-mar, foi erguido um complexo arquitetônico de arte e cultura de caráter popular com edificações como o Museu de Arte Contemporânea de Niterói formam, ao longo da orla, o Caminho Niemeyer. Composto por sete equipamentos urbanos, o

Caminho abriga o Centro de Memória Roberto Silveira, a Fundação Oscar Niemeyer e o Teatro Popular de Niterói. Ele continua pela orla da Baía de Guanabara, passando pela Praça Juscelino Kubitschek, o Museu Petrobras de Cinema até chegar ao Museu de Arte Contemporânea de Niterói.

Minha unidade básica de trabalho é chamado Frank Pais, está localizada em no coração do morro Cavalão, no município de Niterói, Rio de Janeiro. Está estruturado da seguinte forma: tem uma sala de espera, uma de vacinas, uma de curativo, uma de farmácia, uma dos agentes comunitários (ACS), dois banheiros, uma cozinha, uma de recepção e uma de utilidades que esqueci de menciona-las antes, e dois consultórios médicos, porque eu trabalho em conjunto com outro médico brasileiro que também pertence ao programa mais médicos. A equipe é composta por: um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários, todos os elementos-chave para conseguir um melhor trabalho na população. La unidade opera em um horário fixo 8am a 5pm. A unidade de saúde tem cadastrados uma população de 1935 habitantes, o que representa 100%, com um número de casas 587.

Vou tentar falar gradualmente, dependendo da área afetada com uma lente comparativa, o que nos permitiu traçar-nos estratégias estruturais neste campo, projetado para alcançar a melhoria do mesmo e, assim, a satisfação da comunidade e da nossa equipe trabalho. Por exemplo, na sala de espera é muito pequena e precisamos de mais cadeiras para que os pacientes têm conforto para aguardar ser consultados, também precisamos de uma TV, na sala de curativo precisamos de uma mesa auxiliar, como você pode ver, temos quase sem dificuldades onde temos abastecido, precisamos resolver, mais facilitar-nos nosso trabalho e prestar um bom serviço para o paciente.

Através da leitura eu podia ver bem como a falta de outros quartos que são muito importantes na estrutura da UBS como o de nebulização, reuniões, almoxarifado, e com eles todos os instrumentos e equipamentos que as necessidades que são vitais para o bom desempenho da equipe. Também precisamos de uma sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, e uma sala de esterilização e estocagem de materiais, pois as dois desempenham um papel vital em termos tanto estrutural como de trabalho. Nós também temos dificuldades na questão relativa a sinalização, porque mesmo que nós colocamos algumas lugar deixado por outros como eles fazem referência a deficiências.

Também precisamos do apoio de algum NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Todos os membros da minha equipe juntos buscamos estratégias para tratar todos os dias para eliminar barreiras como ainda não temos nenhuma reunião isso não impede que nós não nos reunimos para compartilhar idéias e opiniões também ferramenta útil para realizar estratégias trabalho. Fazemos semanalmente e comparativamente em relação falhas que tivemos na semana passada com o que somos e para que corrigir os erros para facilitar o nosso trabalho e, assim, alcançar nossos objetivos desde o início visando a promoção e prevenção da saúde em nosso comunidade. Como a ausência de nebulizador quarto escolher a alternativa de ter um pequeno espaço para o mesmo e, embora não esteja totalmente equipado paciente pode receber o seu tratamento médico previsto, sem recorrer a outros sítios.

Como para outras sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, e sala de esterilização e estocagem de materiais, que são muito importantes, especialmente para a realização do nosso trabalho e a questão foi abordada na reunião com a secretária de saúde, e solução será dada na medida das possibilidades existentes. Apesar de não ter NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), uma estratégia fornecida pela secretária de saúde foi se juntar à equipe de três supervisores, especialistas em pediatria, clínico geral e ginecologia, os caules nos brindam no um grande apoio para facilitar nos desempenho no trabalho. Então eu acho que ao contrário de trazer coisas negativas que eles têm feito é que todos os dias apareça coisas mais positivos, nos deu mais confiança em nós mesmos para realizar com êxito todas as tarefas atribuídas, nos permitiu junção de trabalho, uma ferramenta essencial no desenvolvimento satisfatório de todas as atividades desenvolvidas na atenção básica.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Minha unidade básica de trabalho é chamado Frank Pais, está localizada no coração do morro Cavalão, no município de Niterói, Rio de Janeiro, tem característica de PMF (Programa Médico de Família), pois nosso município foi o primeiro em estabelecer o programa o qual é muito parecido ao existente em meu país. No município existe uma cifra de 34 UBS (unidade básica de saúde) tradicionais em total com população urbana, minha unidade de saúde já tem mais de 20 anos de fundada e todos seus trabalhadores são moradores da comunidade pelo que conhecem perfeitamente as características biopsicossocial da comunidade, isso é muito importante pois nos ajuda de maneira positiva em nosso trabalho na atenção primária. Seguimos um protocolo realizado pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal adequado as diferentes características de nosso município o qual e utilizado para diagnosticar os pacientes como para referencia-los para o encaminhamento para outras especialidades, internação hospitalar, serviços e atendimento de pronto socorro é pronto atendimento, o mesmo e utilizado por toda nossa equipe.

A UBS tem 2 equipes de trabalho pois eu trabalho com um médico brasileiro, minha equipe é composta por: um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários, todos os elementos-chave para conseguir um melhor trabalho na população. La unidade opera em um horário fixo de 8 as 17 horas. A unidade de saúde tem cadastrados uma população de 1935 habitantes, com um número de casas 587, e outro equipe conta com uma cifra de 1265 pessoas cadastradas para um total de 485 casas. Esta ser caracterizada por uma população de classe baixa, onde a população é muito baixo nível cultural. As pessoas são pessoas humildes, os trabalhos que prevalecem entre os habitantes principalmente incluem: domésticos, construção civil, motoristas. Considero que o tamanho da equipe está em correspondência com total de pessoas cadastradas ate o momento.

Há uma prevalência em termos de doenças crônicas não-transmissíveis predominando em mais de 50 por cento da população, tais como diabetes mellitus e hipertensão. Apesar de não ter NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), uma estratégia fornecida pela secretária de saúde foi se juntar à equipe de três supervisores, especialistas em pediatria, clínico geral e ginecologia, os quais nos brindam muito apoio e isso contribuiu bastante para nosso trabalho. A UBS está

estruturado da seguinte forma: tem uma sala de espera, uma de recepção, uma de vacinas, uma de curativo, uma de farmácia, uma de utilidades, uma dos agentes comunitários (ACS), dois banheiros, uma cozinha e dois consultórios médicos. Tem uma estrutura adequada para o bom desempenho de todo o nosso trabalho, cada cômodo que serve uma função diferente, mas cada um está relacionado ao outro.

Por exemplo a sala de espera tem vários lugares onde os pacientes serem atendidos, com prioridade para as pacientes grávidas, idosos, mulheres com crianças pequenas. Na sala de curativo são realizados todos os procedimentos médicos e de enfermagem, como aplicação de vacinas são dadas, realização de curativos, coleta de sangue e outros exames orientados, são realizados também procedimentos de urgência se for necessário para algumas paciente. Para a sala de vacina são atendidos todos os padrões exigidos para a preservação. Na sala de farmácia estão armazenados todos os medicamentos que nos temos na unidade, eles são distribuídos em ordem alfabética, com identificação de nome genérico, bem como data de fabricação, validade e lote, o que nos facilita muito o trabalho, na prescrição e tratamento de um paciente. Nos agentes comunitários oficina estão localizados, todos os registros médicos relativos à população dispenzarizada, há também três computadores que facilitam o trabalho dos mesmos agentes, e os outros membros da equipe porque neles são lançados todo planejamento de todo o trabalho na unidade, bem como agendamento de consultas para os pacientes e avaliação por especialista. Todos os quartos têm ambientes adequados dependendo da função.

A organização do trabalho na unidade tem como principal base de trabalho o cadastramento do 100% da população, o que favorece o bom desempenho de todas as atividades programadas. O agendamento dos pacientes é feito diariamente, é dividido em dois períodos, um nas horas da manhã e outro no período da tarde, e também dará prioridade a oito demandas do dia divididos da mesma forma. As reuniões da equipe são realizadas às quartas-feiras de cada semana, nas horas da tarde, é um espaço que é utilizado para a discussão de casos com o objetivo de se atrapalhar com a melhor solução para eles. Nossa UBS têm um acesso satisfatório em termos de encaminhamento de pacientes com patologias de urgência e emergência, este problema já foi relatado a secretária de saúde e ainda não foi dada sua solução. Além disso, nossos pacientes têm acesso a serviços de pronto socorro em nosso município, mas a garantia de internação hospitalar por meio de

agendamento pela equipe da UBS é muito insatisfatória, isso também está em conhecimento da secretaria de saúde para dar-lhe uma possível solução. Há grandes problemas relativos à questão, por isso a nossa estratégia é realizar um diagnóstico preciso com sucesso para evitar que o paciente seja encaminhado de maneira errônea, que é direito de todos. Temos protocolos existentes em nossa UBS, produzidos por Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal e adaptados às principais características de nosso município, trabalhamos com tudo já seja para diagnosticar os pacientes como para referenciá-los para o encaminhamento para outras especialidades, internação hospitalar, serviços e atendimento de pronto socorro e pronto atendimento, os mesmos são utilizados por todo nosso equipo.

Faixa etária por idades e por cento representado de acordo com a estimativa no caderno de ações programáticas temos o seguinte:

Grupos avaliados	Total estimado	Total cadastrado	Cobertura em percentual
GESTANTES RESIDENTES NA AREA	48	14	29%
PUERPERAS	39	6	15%
MENORES DE 1 ANO	39	21	54%
MULHERES COM IDADES ENTRE 25 E 64 ANOS	911	603	66%
MULHERES COM IDADES ENTRE 50 E 69 ANOS	326	224	69%
HIPERTENSOS COM 20 ANOS O MAIS	714	173	24,2%
DIABETICOS COM 20 ANOS O MAIS	204	83	40,6%
IDOSOS COM 60 ANOS O MAIS	416	358	86%

Figura 1: Descrição da população cadastrada da equipe 019 da UBS Frank Pais, município Niterói/RJ. Outubro, 2014.

Acolhimento a demanda espontânea

Com respeito ao tema de acolhimento temos o seguinte nossos usuários só tem que esperar um mínimo de 5 minutos e um máximo de 10 minutos para que sua demanda seja acolhida. Toda a nossa equipe conhece e utiliza a classificação de risco biológico, bem como a vulnerabilidade social, que permite que o paciente tem demanda encaminhamento adequado. Os pacientes que necessitam de prioridade de atendimento imediato, são atendidos conjuntamente por ambos médico, enfermeiro, técnico de enfermagem fornecendo apoio mutuo para dar ao paciente um atendimento rápido, preciso e capaz de resolver o seu principal problema de saúde. Ademais acolhimento e realizado em dependência a classificação de demanda do paciente, assim identificamos prioridades e definimos condutas. Nosso trabalho tem tido uma aceitação na população, mas ainda apresentamos problemas com respeito a excesso de demandas, porque não conseguimos dar conta de 100% delas.

Atenção da criança:

Realizamos atendimento de puericulturas hasta os 5 anos de idade, só fazemos duas vezes por semana e no horário da tarde. Não temos crianças fora de nossa área de cobertura, o atendimento pode ser realizado por enfermeiro, médico clínico geral e supervisor de pediatria, que nos apoia, no caso de que a criança presente um problema que precise ser avaliado. Depois de cada consulta de puericultura agendamos a próxima consulta. Além das consultas agendadas, se temos demandas em relação a problemas de saúde agudos, mas nunca nos deu para o comparecimento de qualquer criança não pertença nossa área de cobertura, mas se isso acontecer estamos na melhor disposição para oferece-lo. Não temos excesso de demanda em relação à saúde no que se refere a este assunto. O atendimento é registrado no prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento nutricional e ficha de vacinas.

Temos um arquivo específico para registros de atendimento de puericulturas, que é revisto periodicamente, com uma frequência semanal, o que nos ajuda a organizar o trabalho em equipe e nos proporcionar o conhecimento atual em relação ao sujeito. Temos o cuidado de explicarmos as mães o significado da curva de crescimento, bem como para aprender a diferenciar os principais sinais de risco

na mesma, além de alertar sempre a data da administração da vacina seguinte, também ensinamos as mães a reconhecer desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança. Em nossa UBS existe o Programa Bolsa Família o qual é um programa federal, seu cadastramento é realizado por nosso enfermeiro e nossa técnico de enfermagem, sendo enfermeiro o responsável por enviar os cadastros a Secretária Municipal de Saúde. Realizamos diversas atividades (palestras educativas enfatizando em importância da latência materna e benefícios para o bebê, importância da vacinação, cuidados na casa para evitar acidentes) com grupos de mães de crianças, que são desenvolvidas no campo da UBS, escolas, associações de bairros e comunidade, são divididos em dois grupos nas atividades.

Atenção pré-natal:

Assistência pré-natal é realizada uma vez por semana, e no horário de manhã, nós não temos gestantes fora de nossa área de cobertura, que realizam pré-natal em nossa UBS. O atendimento pré-natal é realizado por médico clínico geral, enfermeiro e supervisor ginecologia sou sim é necessária a avaliação pelo mesmo. Nós sempre realizamos o agendamento da próxima consulta a gestante. Lembramos sempre a nossas gestantes a importância de manter uma alimentação saudável, ser imunizada, promovemos aleitamento materno, a realização de atividade física moderada, as consequências causadas durante a gestação pelo uso de drogas, álcool e tabaco O responsável pelo envio dos cadastros a secretária municipal de saúde é o enfermeiro. Realizamos ações de planejamento familiar com uma frequência semanal, as ações de monitoramento e avaliação do programa pré-natal são feitas usando dados do SIAB, registros específicos de pré-natal e prontuário da gestantes.

Mantemos relatórios semanais sobre esta questão, a fim de melhorar ainda mais o nosso trabalho na comunidade e, neste caso específico grávida. Em relação a problemas de saúde agudos, nunca tivemos que fornecer nossos serviços para as mulheres grávidas que não estão na nossa área, mas se isso acontece estamos na melhor disposição de fazê-lo. Os atendimentos são sempre registrados no prontuário, formulário especial de pré-natal, ficha de atendimento nutricional e de vacinas, sendo registrados todos os dados da, gestante assim facilitando nosso trabalho e da implementação de estratégias para melhorá-lo cada dia mais. Temos

um arquivo específico de gestantes, que analisamos médico clínico geral, enfermeiro, ginecologista e assistente de enfermagem também) com uma frequência semanal.

Prevenção do câncer de colo uterino e mama:

Em relação a prevenção do câncer do colo do útero e mama: em nossa orientação UBS são dadas a todas as mulheres da nossa área de cobertura da importância do uso do preservativo e os efeitos nocivos do tabagismo, ademais de ações relacionadas ao controle de peso corporal, estímulo de atividades físicas, uma orientação sobre os efeitos nocivos do uso excessivo álcool, a todas as pacientes do nossa área de cobertura. Nós orientamos as pacientes sobre o reconhecimento dos sinais clínicos e sintomas associados a esta patologia de câncer de mama. Realizamos os dois rastreamentos um dia por semana e as horas da manhã é realizado pelo nosso médico e clínico geral e supervisor de ginecologia em caso de necessidade. Toda a nossa equipe de saúde está envolvido em todos os esforços de prevenção e utilizam todo o espaço para realizar atividades promocionais. O rastreamento é feito da maneira organizada predominantemente. Os atendimentos são registrados no livro de registros, prontuário clínico e formulário especial. Nós não temos um arquivo específico, para patologias de mama mas temos para patologias relacionadas com câncer de colo uterino. O mesmo é revisado periodicamente com uma frequência semanal por todos os membros da equipe (enfermeiro, médico clínico geral, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários), além do supervisor de ginecologia.

Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus:

Quanto as ações de atenção aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em nossa unidade básica de saúde, realizamos ações preventivas de orientação aos pacientes sobre hábitos alimentares saudáveis, a importância do controle de peso, especialmente em pacientes que têm um ou ambas doenças, além de estimular a realização de atividades físicas, especialmente tendo em conta a idade, patologia e grau de complicações em pacientes. Nós informamos sobre os efeitos nocivos do álcool e tabagismo. Realizamos atendimento duas vezes por semana e variam conforme a horas são fornecidos por uma hora pela manhã e outra nos pacientes tarde. Após a consulta sempre tem a programação de retorno, os

atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial, ficha nutricional, e ficha de vacinas. Os atendimentos para ambas as patologias são realizados por médico clínico Geral, enfermeiro e médico supervisor clínica que nos apoia, no caso de o paciente precise ser avaliado põe ele mesmo. Existe o Programa de HIPERDIA do ministério da saúde e os responsáveis pelo cadastramento dos pacientes são enfermeiro, médico clínico clínico geral e técnico de enfermagem, sendo o enfermeiro o responsável pelo envio dos cadastros a secretária municipal de saúde. Realizamos reuniões semanais, a fonte de dados que usamos é SIAB, HIPERDIA, manual e registros específicos para pacientes.

Atenção a idoso:

O atendimento para os pacientes idosos ocorre duas vezes por semana, sendo um pela manhã e outro à tarde. Ele é realizado por enfermeiro, médico clínico geral, auxiliar de enfermagem e, no caso que o paciente precise pela supervisora de clínica médica, que nos apoia no caso em que o paciente precisa ser avaliado, nos visita semanalmente isso apoia muito nosso trabalho tanto quanto nós podemos responder a perguntas e orientar nossas estratégias no caminho certo. Depois de serem atendidos, o paciente já vai com programação da próxima consulta. Apresentamos excesso de demandas com relação aos pacientes idosos que apresentarem problemas de saúde agudos. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha nutricional e ficha de vacina. Temos um arquivo específico para o qual os registros são revisados mensalmente por toda a equipe (enfermeiro, médico clínico geral, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários). Sempre avaliamos a capacidade funcional global dos pacientes, bem como explicamos a seus familiares a reconhecer os principais sintomas relacionados com as doenças mais prevalentes nesta faixa etária, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e depressão.

Realizamos para todos isso grupos mencionados anteriormente atividades grupais no âmbito da UBS, associação comunitária de bairro, escolas, e outros espaços comunitários, os pacientes são divididos por grupo por exemplo:

Pré-natal e puerpério---- 2 grupos

Crianças-----2 grupos

Prevenção de câncer de colo uterino y mama----4 grupos

Hipertensos---3 grupos

Diabéticos-----2 grupos

Idosos-----3 grupos

Na nossa unidade são realizadas atividades de promoção e prevenção da saúde, sendo a atividade mais frequente a criação de grupos educacionais, sendo a maioria dos pacientes de hipertensos, diabéticos, adolescentes e grávidas. Ademais se fazem outras atividades promocionais e preventivas, através dos agentes comunitários (ACS) com divulgação de cartaz, convite. Há uma estreita relação entre a nossa equipe e alguns líderes da população, que nos ajudam no bom desempenho de todas as atividades promocionais que visam mudar estilos de vida inadequados. Importante destacar que os grupos são realizados de maneira mensal e pode variar a cifra em dependência de a atividade programada e o local para realização. Sempre há participação de toda a equipe na realização das atividades (enfermeiro, médico clínico geral, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários).

Temos ainda algumas dificuldades tanto estruturais como em oferecimento de serviços pois não prestamos serviço Odontológico, porque não tê-lo em nossa UBS, para que os usuários precisem atendimento prioritário a esta questão deve ser tratada em outras instituições. Este problema já foi identificado há alguns meses e foi informado o secretária de saúde, mais ainda não houve solução para este problema ainda não e feita. Fazendo uma comparação deste relatório com o texto produzido no início do curso sobre a “situação da ESF/APS em nosso serviço” olhamos que ainda temos muitas dificuldades e o trabalho que ainda temos por fazer, mais estamos trabalhando, fazemos visitas às famílias das diferentes micro áreas dos agentes comunitários de saúde para avaliação da família, nós abordamos a família integralmente, avaliamos as condições biopsicossociais e higiênico-sanitárias das famílias da comunidade, também programamos visitas domiciliares a encamados e idosos, programamos atividades grupais em os diferentes grupos mencionados anteriormente, por isso nossa principal ferramenta de trabalho com respeito a este assunto tão importante como e o acolhimento , na posta em pratica de varias estratégias que visa dar solução a nossas principais dificuldades identificadas, vindo a fornecer o melhor de nós todos os dias, fazendo um diagnóstico preciso, tratamento adequado para gerir o problema e alcançar

classificação dos pacientes de acordo com a sua demanda no menor tempo possível, para evitar complicações na saúde dos indivíduos e nosso trabalho do dia a dia será mais aceitado entre a população, o qual representa nosso maior desafio. É importante ressaltar que a unidade dispõe de uma equipe de trabalho excelente, são pessoas que dominam detalhando seu trabalho, que estão abertos a sugestões e críticas construtivas, o que favorece o desempenho satisfatório do nosso objetivo mais importante, que visa melhorar a saúde da população.

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

Fazendo uma comparação com o trabalho feito no início do curso e a análise situacional, podemos observar que as dificuldades ainda existem, pois são mais objetivas, que subjetivas, o que depende da equipe imediatamente ao ser detectado, traçamos estratégias e foram tomadas medidas para solucioná-las, mas o que não depende apenas da equipe ainda estão por resolver, como por exemplo sobre as deficiências estruturais da UBS, ademais das dificuldades com a saúde bucal. Tudo isso já foi comunicado a nossa secretaria de saúde, e as dificuldades serão resolvidas em dependências das prioridades existentes no município.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica, e a mais frequente das doenças cardiovasculares, também vai se comportar como fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica, no Brasil o 35 % da população de 40 o mais anos adoece, e o mal vai ao aumento, sendo já um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, o mesmo está acontecendo com a diabetes, considerando hoje uma epidemia mundial, que afeta ao indivíduo em plena vida produtiva trazendo consequências humanas, sociais e econômicas, são enfermidades com altos custos de tratamentos, para as doenças e suas complicações. O Brasil tem protocolos para o atendimento destas doenças, os quais de serem cumpridos os agravos e complicações reduziriam se em grande quantidade, e é responsabilidade da atenção básica o atendimento destes pacientes com a qualidade necessária visando melhoras da população.

Minha unidade básica de trabalho é chamado Frank Pais, está localizada em no coração do morro Cavalão, no município de Niterói, Rio de Janeiro, tem característica de PMF(Programa Medico de Família), pois nosso município foi o primeiro em estabelecer o programa o qual é muito parecido ao existente em meu país, já tem mais de 20 anos de fundada e todos seus trabalhadores são moradores da comunidade pelo que conhecem perfeitamente as características biopsicossocial da comunidade, isso é muito importante pois nos ajuda de maneira positiva em nosso trabalho na atenção primária. A UBS tem 2 equipes de trabalho pois eu trabalho com um médico brasileiro, minha equipe e composta por: um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários, todos os elementos-chave para conseguir um melhor trabalho na população. A unidade de saúde tem cadastrados uma população de 1935 habitantes, com um número de casas 587, e

outro equipe conta com uma cifra de 1265 pessoas cadastradas para um total de 485 casas. Temos um supervisor de clinica medica estratégia estabelecida pela secretaria de saúde, o qual representa um grande apoio em nosso trabalho na unidade básica de saúde.

Em relação a temática relacionada com hipertensão arterial indicador de cobertura temos um total de 173 que representa 24,2% dos pacientes hipertensos, durante nossa intervenção logramos brindar atendimento a 116 paciente, aos quais se lês realizo a estratificação do risco cardiovascular por critérios clínicos representando um 67,1%, 21 tenham atraso em consulta com mais de 7 dias para um 16,6% pero se acudi-o as busca ativa deles com ajuda de nossos agentes comunitários, enquanto os restantes têm exames complementários em dia, orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física para um 100%, em relação ao diabetes apresentamos um número 83 no indicador de cobertura que representa um 100%, pois logramos cobrir todas as consultas, programadas em nossa intervenção. Sou 70 tenham realizado a realização de estratificação de risco cardiovascular para 84,3%, enquanto também tinham exames complementares em dia, o exame físico dos pés, bem como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedi-os nos últimos 3 meses, além de ter a orientação de atividade física e alimentação saudável, que representa um 100% e sou 15 apresentaram o atraso da consulta agendada em no máximo 7 dias para 18%. Realizamos em equipe ações preventivas e promocionais de orientação aos pacientes sobre todo aos que estão integrando nossos grupos educacionais, sobre hábitos alimentares saudáveis, a importância do controle de peso, especialmente em pacientes que têm um ou ambas doenças, estimular a realização de atividades físicas, especialmente tendo em conta a idade, patologia e grau de complicações em pacientes, ademais de informar sobre os efeitos nocivos do álcool e tabagismo. Investigamos sempre diferentes fatores de risco em pacientes que predispõem à ocorrência em ambas doenças nas consultas medicas realizadas.

Apresentamos um índice de cobertura muito baixos com relação aos dados obtidos no caderno de ações programáticas, é por isso que depois de avaliar todas nossas dificuldades temos uma justificação para continuar o desenvolvimento de nosso Foco da Intervenção, já nossas ações estratégicas explicadas anteriormente tem como principal objetivo aumentar esse índice de cobertura nossa expectativa serão aumentar o indicador relacionado a esta temática tão polemica em um 80%

de cobertura para ambas doenças. Nossas principais dificuldades estão relacionadas com a violência que existe no âmbito da população adstrita o que muitas ocasiões interferem no desenvolvimento das ações programadas, representando atualmente nossa maior limitação, ademais os resultados dos exames orientados aos pacientes para estabelecer sobre todo a estratificação do risco demoram muito e isso possibilita que os pacientes faz atendimento em outros lugares fora do posto medico incluindo assim a realização dos mesmos. Embora já com as atividades efetuadas temos recuperados muitos pacientes. Todo nosso equipe de trabalho estão envolvido em cada uma das ações planejadas, ademais do apoio que nos oferece nosso supervisor de clinica medica pois todas as ações são monitoradas em conjunto, o qual possibilita a viabilização da intervenção a pesar de ter limitações. Nosso maior desafio e lograr o estabelecimento satisfatório de todas as ações programadas, com o qual aumentaríamos a cobertura dos indicadores e lograríamos estabelecer um serviço de saúde que satisfaça a população em questão estabelecendo uma linha de trabalho encaminhada a identificar os principais fatores de risco de ambas doenças possibilitando assim aumentar a qualidade de vida da população interessada o qual constitui uma prioridade em nosso trabalho diário na unidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção a saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos na UBS Frank Pais, do município Niterói, Rio de Janeiro.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de fevereiro a maio de 2015, cumprindo 12 semanas de intervenção de saúde, na Unidade Básica de Saúde, PMF Frank Pais, Cavalo, no Município de Niterói, Rio de Janeiro. Participarão da intervenção 173 usuários hipertensos e 83 usuários diabéticos, com faixas etárias compreendidas entre 20 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Objetivo 4) Melhorar o registro das informações.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar 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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Objetivo 6) Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

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

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

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

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para organização da intervenção adotaremos como protocolo os cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37, propostos pelo Ministério da Saúde em 2013, que norteiam as ações voltadas para a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Para levantamento dos dados e registro das informações utilizaremos o SIAB e a ficha – espelho, para o registro específico, e o prontuário. As fichas-espelho serão preenchidas e armazenadas em um arquivo específico. Utilizaremos também uma planilha de coleta de dados, fornecida pelo curso, para monitorar a intervenção por meio de indicadores baseados nos objetivos e metas traçados. Dessa forma poderemos monitorar as ações, os dados e conhecer os diferentes indicadores que nos auxiliarão no acompanhamento e alcance dos objetivos propostos.

O arquivo específico realizado para ambos item serão revisados semanalmente, nas reuniões de equipe. Sendo a equipe toda responsável pela atualização do mesmo. Os profissionais responsáveis para realizar o monitoramento serão enfermeiro e médico, os quais verificarão os diferentes dados obtidos de semanalmente, além de lança-los na planilha de acompanhamento. Essa ação vai favorecer o planejamento das diferentes ações a ser desenvolvidas na semana posterior para aumentar os indicadores propostos.

Para dar cumprimento a logística que serão desenvolvida, dentro das principais ações de saúde que nosso equipe executara de acordo com os objetivos estabelecidos e nossa realidade serão o seguinte:

Nosso projeto de intervenção realizara como principais ações de saúde de acordo com os objetivos estabelecidos e nossa realidade serão as seguintes:

-- Para realizar o cadastramento do 80% dos pacientes de nossa área que apresentem hipertensão o diabetes, realizaremos o seguinte:

Realizamos o monitoramento de ambas doenças em equipe, pois todos estamos capacitados para elo, localizando os dados no arquivo específico já confeccionado sendo enfermeiro e medico geral os principais responsáveis do cumprimento, já temos suficiente material para executar lá pois a secretaria de saúde nos brindo ajuda com canetas, pacote de folhas.

Solicitamos a secretaria de saúde o material adequado para medir a tensão arterial, e realizar hemoglicoteste na unidade já foi entregue estamos trabalhando com eles.

Nossos agentes comunitários estão realizando semanalmente o cadastramento da população priorizando os setores mais deficientes.

Aproveitamos os espaços comunitários que serão mensalmente, grupos educativos funcionaram 2 vezes ao mês nas diferentes secciones, com uma duração de 2 horas o local proposto serão a sala mesma de reuniões de equipe. Com ajuda dos representantes comunitários já temos suficientes cadeiras para iniciar, ademais nosso supervisor de clinica medica assistirá a todas as atividades programadas., as consultas medicas, para oferecer palestras para orientas os pacientes sobre esses temas, enfatizando sobre fatores de risco complicações, hábitos dietéticos saudáveis, temos logrado involucrar a os principais lideres comunitários no projeto, ademais estamos confeccionando diferentes banners para que a informação seja melhor compreendida com um lenguaje adequado a nossa comunidade.

Nossos agentes comunitários são capacitados de 15 em 15 por nossa supervisora de clinica medica, na sala de reunião, já contamos com o material proposto por o supervisor, nos diferentes temáticas relacionadas com os item propostos, quem nos orienta e avalia cada ações estratégica utilizada. .

-- Para realizar exame clinico apropriado a os pacientes com estas patologias, ademais de garantir que tenham realizado o 100% dos exames complementares correspondentes, assim como priorizar a prescrição dos medicamentos na farmácia popular, e realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos pacientes, executaremos o seguinte:

O máximo responsável para dar cumprimento e o medico geral em cada consulta programada realizada.

Nossa secretaria de saúde nos apoia com os medicamentos necessários para ambas patologias e os pacientes podem obtê-los no posto de saúde sim necessidade de compra-lo ademais podem pegá-los grátis na farmácia popular pelo seus nomes genéricos.

A secretaria de saúde enviara mensalmente um especialista odontológico para realizar avaliação nos pacientes, estamos trabalhando em conjunto com os especialistas odontológicos na confecção de uma ficha odontologia que serão anexada ao ficha especifica para ambos item que ficara no arquivo especifico.

O monitoramento continuo de ambas patologias e realizado pelo equipe, assim como nosso supervisor de clinica medica, nas reuniões semanais assim como de 15 em 15 dias, já temos canetas e folhas suficientes brindadas pela secretaria de saúde.

Nossa supervisora de clinica medica capacita equipe de 15 em 15 dias sobre atualização dos tratamentos médicos utilizados, ela sempre nos oferece material proposto a debate para cada um de os integrantes da equipe.

-- Para realizar a busca do 100% dos pacientes com ambas patologias faltosos a consultas estamos realizando:

Nossos agentes comunitários realizam busca semanal dos pacientes faltosos e são comunicados utilizando um documento oficial efetuado por nos que informa data da próxima consulta ademais ficam a assinatura de nosso agente e do paciente o de alguma pessoa responsável que convive com ele, este documento fica com copia dentro do prontuário do paciente, já temos folhas e canetas suficientes para executá-lo brindado pela secretaria de saúde.

Aproveitamos os espaços comunitários de maneira mensal, lembrando a importância de assistir as consultas de controle, assim como realizamos esclarecimento de duvidas, fomentamos hábitos dietéticos saudáveis.

Os agentes comunitários são capacitados de 15 em 15 dias pela supervisora, sobre ambos temas na sala de reunião, já contamos com o material proposto por o supervisor, nos diferentes temáticas relacionadas com os item propostos.

--Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pacientes cadastrados com ambas doenças, realizamos:

A equipe é responsável para manter atualizado SAIB, semanalmente, sendo o médico geral e enfermeiro os principais responsáveis sua verificação.

Os máximos responsáveis para manter atualizada a ficha do acompanhamento de ambas patologias, são enfermeiro e médico geral, supervisionado por nossa supervisora de clínica médica de 15 em 15 dias.

Aproveitamos os diferentes espaços comunitários de maneira mensal, para orientar os pacientes e a comunidade seus direitos a manutenção de seus registros e acesso a segunda via se for requerido.

A equipe se capacita com preenchimento de todos os registros necessários referentes ao acompanhamento de estas patologias, de 15 em 15 com nossa supervisora de clínica médica quem nos ajuda com diferentes matérias propostas e nos atualiza cada integrante da equipe tem um material preciso.

-- Para realizar a estratificação de risco cardiovascular em ambas patologias:
O máximo responsável pelo elo é o médico clínico geral.

A equipe realiza o monitoramento com ajuda da supervisora sobre todo de 15 em 15 dias, e assim priorizamos os pacientes que apresentem os diferentes riscos.

Aproveitamos as consultas médicas, grupos educacionais, espaços comunitários, visitas domiciliares são feitas palestras sobre importância que tem acolhimento adequado em os pacientes que apresentem estas doenças, se esclarecem dúvidas.

Nossa equipe é capacitado de 15 em 15 dias por nossa supervisora de clínica médica sobre ambos temas na sala de reunião, já contamos com o material proposto por o supervisor, nos diferentes temáticas relacionadas com os itens propostos.

-- Para garantir a orientação sobre os riscos de tabagismo, higiene bucal, orientação nutricional, prática regular de atividades físicas, realizamos:

Todas as orientações são monitoradas pela equipe e reflexa das no prontuário médico e ficha correspondente de acordo a patologia.

A equipe é capacitada semanalmente com as reuniões desempenhadas, e de 15 em 15 dias com nosso supervisor de clínica médica, sobre atualizações correspondentes a esses temas, na sala de reunião nos brinda diversas matérias para cada integrante da equipe que são discutidos em grupo.

Nossa secretaria de saúde nos brindara apoio com um profissional odontológico quem visitara o posto mensalmente e realizara avaliação odontológica

priorizando primeiramente os pacientes de risco que são identificados no arquivo específico que temos para ambas patologias, já temos suficiente material brindado pela secretaria como canetas, folias.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Cadastramento da população	x	x	x	x												
Estabelecimento do papel de cada integrante da equipe em cada ações	x															
Capacitação do equipe com ajuda do supervisor de clinica medica	x		x		x		x		x		x		x			
Realização das reuniões com os diferentes lideres comunitários para seu engajamento nas diferentes ações	x			x				x				x				
Trabalho com os diferentes grupos educacionais propostos de hipertensos e diabéticos		x		x		x		x		x		x				
Envio pela secretaria de saúde de um especialista odontológico para realizar avaliação dos pacientes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Revisão dos pedidos de farmácia para garantir os medicamentos aso pacientes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Organização da agenda medica para aumentar o numero de consultas medicas a oferecer	x															
Realizar busca ativa dos pacientes faltosos a consultas medicas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Realização das reuniões de equipe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Após nestas 12 semanas trabalhando em nossa intervenção relacionada ao Programa de hipertensão artéria e diabetes mellitus, a equipe reuniu se para fazer uma avaliação do cumprimento das ações propostas em nosso cronograma de trabalho e também analisar os resultados encontrados, que não é o resultado do trabalho de uma pessoa, mas sim da equipe toda, sendo nesta uma ferramenta essencial para que pudéssemos lograr nossos objetivos.

Temos que reconhecer que o inicio da primeira semana da intervenção não foi muito fácil, pois faltava organização da equipe e este é um aspecto muito importante para lograr o objetivo proposto, mas cada dia a equipe participava unida e fomos melhorando. Foram realizadas capacitações dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo relacionado as doenças interessadas, onde participaram todos os membros da equipe, as mesmas sempre realizaram-se com ajuda e supervisão de nossa supervisora de clinica medica, quem apporto muito no desenvolvimento da intervenção mostrando sempre sua ajuda incondicional a nosso projeto. Todos os temas desenvolvidos foram sempre muito importantes relacionados com ambas doenças, e o ultimo foi relacionado com os direitos dos pacientes sendo desenvolvido depois pelos nossos agentes comunitários, atividade muito bacana fomos relacionando doenças e direitos para motivar os pacientes e acho que tivemos booms resultados seguindo nessa iniciativa.

Fizemos costume agendar os pacientes para consultas, e aproveitar para fazer palestras antes de começar nossa consulta, relacionadas com a importância da realização de exercícios físicos, orientação nutricional, higiene bucal, assim como a importância de assistir as consultas programadas, não esquecer tomar a medicação indicada. Logrando assim que os paciente se motivaram a assistir de

maneira regular ao posto e ter um seguimento adequado. Pois de essa maneira os pacientes ganham em conhecimentos e nós ganhamos com a disciplina deles em sua assistência a consultas e seguimento das orientações fornecidas para lograr melhores resultados, além de ajudar a melhorar a qualidade de nossa atenção médica e a qualidade de vida dos pacientes.

O trabalho dos ACS, que unidos a líderes comunitário foi muito importante para o cumprimento do cadastramento e busca ativa dos paciente de nossa área de abrangência, o trabalho deles foi muito decisivo na intervenção pois a pesar de que muitas vezes eles não foram ao campo pela insegurança existente na área, sempre buscaram diferentes maneiras para compensar esse dia e buscavam variantes para realizar as ações que se planificavam, seu trabalho foi decisivo pois eles são nosso olhos na rua, orientavam pacientes no domicílio, colocavam banners nos diferentes lugares principais como mercados escolas creches logrando assim a motivação da população a assistir ao posto, ademais de aproveitar espaços como a sala de espera para brindar palestras informativas aos pacientes sobre tudo relacionados com as características de nosso trabalho no posto de saúde. Seu trabalho é meritório reconhecer, na busca ativa, cadastramento e imediatamente no agendamento das consultas, além de manter informada resto da equipe de qualquer eventualidade que acontecer tanto com os pacientes interessados na intervenção como da população em geral, pois eles ficam muito mais tempo na comunidade.

O atendimento clínico no inicio de nosso trabalho foi uma prioridade sempre as consultas foram de qualidade, fazendo bom interrogatório, exame físico, indicações de exames de laboratório e logrando a realização do mesmo, assim como realizando avaliação dos exames que algum pacientes traia a consulta. Com a continuidade de nosso trabalho em equipe logramos que todos os pacientes tivessem consciência da importância de fazer exames, assim como de não esquecer tomar diariamente a medicação indicada, assim como assistir de maneira periódica ao posto para sua consulta programada. Apresentamos muitas dificuldades com o exame odontológico dos pacientes pero logramos brindá-lo a muitos pacientes utilizando como iniciativa a realização da ação cidadã desenvolvida o dia 13/06/15, pois com ajuda da secretaria de saúde assisti-o um equipe de odontólogo, e uma técnica de saúde bucal, sendo 22 pacientes tanto diabéticos como hipertensos avaliados em essa necessidade odontológica.

A maior dificuldade afrontada ao longo de nossa intervenção tem sido a insegurança existente na zona, pelos enfrentamentos da polícia e os traficantes de drogas. Vendo-se afetado o cumprimento de muitas das atividades programadas no cronograma a ser efetuadas nessa semana, pois muitas vezes tivemos que fechar o posto, pelo que sempre a equipe estava buscando diferentes alternativas para lograr cumpri-las reprogramando-a, e de essa maneira continuar nossa intervenção sem ter muita afetação. Apesar de que para mim tem sido uma experiência completamente diferente das vividas em outras missões anteriores em outros países, pois nunca vi tanta violência e tantos jovens envolvidos no tráfico, que ficam armados, tenho que reconhecer que apesar de isso tem sido uma experiência única onde encontrei uma coisa tão necessária que é o trabalho em equipe, ferramenta essencial no desenvolvimento adequado de nosso dia a dia, ademais de ressaltar sem nenhuma dúvida que encontrei ademais de uma excelente equipe uma família. Na realidade nos sentimos muito felizes com os resultados obtidos neste trabalho, pois temos logrado a melhoria da qualidade de vida tanto de nossos pacientes interessados na intervenção como de nossa população em geral, e continuamos mobilizando a equipe ao bom desenvolvimento para manter para sempre o projeto da intervenção na rotina diária no trabalho em nosso posto de saúde, e assim cada dia ter melhores indicadores de saúde.



Figura 2. Agentes comunitários de saúde e líderes da comunidade, trabalhando em conjunto na ação cidadã



Figura 3. Visita domiciliar a um paciente idoso diabético e hipertenso.



Figura 4. A equipe reunida em presença de odontólogo, técnica de saúde bucal, supervisora de clinica medica e integrantes da secretaria de saúde, trabalhando em conjunto na ação cidadã



Figura 5. Atendimento medico ao paciente diabético e hipertenso.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas foram desenvolvidas durante nossa intervenção, a pesar de que apresentamos muitas dificuldades com o exame odontológico dos pacientes pero logramos brindá-lo a muitos pacientes utilizando como iniciativa a realização da ação cidadã desenvolvida o dia 13/06/15, pois com ajuda da secretaria de saúde assisti-o um equipe de odontólogo, e uma técnica de saúde bucal, sendo 22 pacientes tanto diabéticos como hipertensos avaliados em essa necessidade odontológica. Nesta ação não foi desenvolvida como foi programada pela equipe pero logramos desenvolvê-la e brindar nesta atendimento aso pacientes que tanto precisavam.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da intervenção apresentamos algumas dificuldades com a coleta e sistematização dos dados pois afrontamos alguns obstáculos como por exemplo complexidade do preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, sobre tudo na seção que gera os indicadores, mas com a ajuda das orientadoras do curso e o treinamento da equipe programado e realizado na unidade de saúde foi resolvido o problema. Toda semana a atividade era realizada por mim e pelo enfermeiro da equipe, obtendo a análise dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com a intervenção a equipe conseguiu fazer mudanças na saúde da população, pois hoje eles confiam na equipe, e por isso, temos um grande compromisso, que é manter esta ação como rotina do serviço e a cada dia acompanhar maior número de famílias e oferecer melhor atendimento. Pretendemos tornar esta ação parte da rotina das outras equipes da UBS e será a equipe com os resultados quem incentivará o trabalho deles para atingir um objetivo comum, que é melhorar a saúde do povo brasileiro e não de uma área determinada.

Também manteremos o trabalho com a outra parte da população, crianças, gestantes, idosos enfim outros usuários que também são importantes para nós e faremos seu acompanhamento com a mesma dedicação brindada aos pacientes

envolvidos em nossa intervenção, procuraremos os protocolos deles e atuaremos segundo eles propõem.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Olhando os resultados obtidos ao final da intervenção a equipe ficou muito satisfeita, pois apesar da violência existente na área relacionada aos confrontos entre a polícia e traficantes, conseguimos desenvolver a intervenção proposta. Sabemos que ainda temos desafios para avançar na qualificação da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos, contudo vemos também avanços - trabalhamos em equipe e o melhor de tudo conseguimos implementar as ações da intervenção na rotina de nosso trabalho diário na unidade de saúde. Atualmente temos 173 portadores de hipertensão arterial sistólica, e um total de 83 pacientes portadores de diabetes mellitus, todos com 20 anos ou mais, residentes em nossa área de abrangência, de uma estimativa da população de 1.532 pessoas. Nestas 12 semanas de intervenção conseguimos cadastrar na intervenção de 116 pacientes hipertensos e os 83 pacientes diabéticos.

Objetivo 1) Cadastrar a totalidade dos pacientes de nossa área que apresentem hipertensão ou diabetes.

Meta 1) Alcançar um cadastramento de 80% dos pacientes hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área.

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

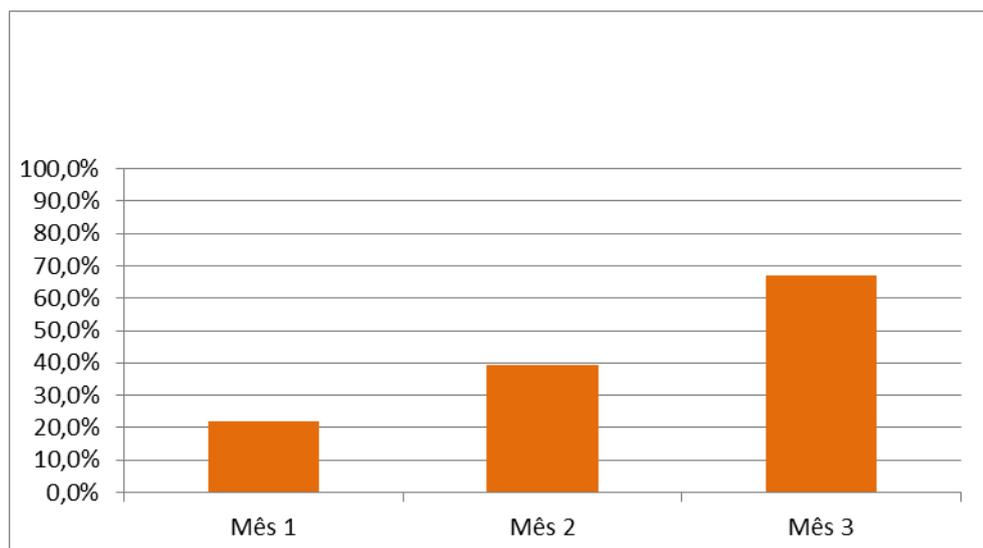


Figura 6. Gráfico indicativo do comportamento da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Ao analisar os resultados da tabela da figura 1 podemos observar que da meta proposta de 80% não foi possível alcançar, um dos principais motivos relacionados a isto foi a violência presente na área relacionada ao trafico de drogas, que provoca frequentes enfrentamentos entre a policia e os traficantes. Sendo causa de o baixo fluxo dos pacientes ao posto de saúde e dessa forma afetando tanto as consultas médicas como os cadastramentos. A situação de violência também compromete o trabalho dos ACS para a realização de visitas domiciliares, importante para identificar novos usuários e realizar a busca ativa dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos faltosos. Os resultados do indicador fórum os seguintes, representando mês 1(38 pacientes para um 22,0%), mês 2(68 pacientes para um 39,3%), mês 3(116 pacientes para um 67,1%).

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

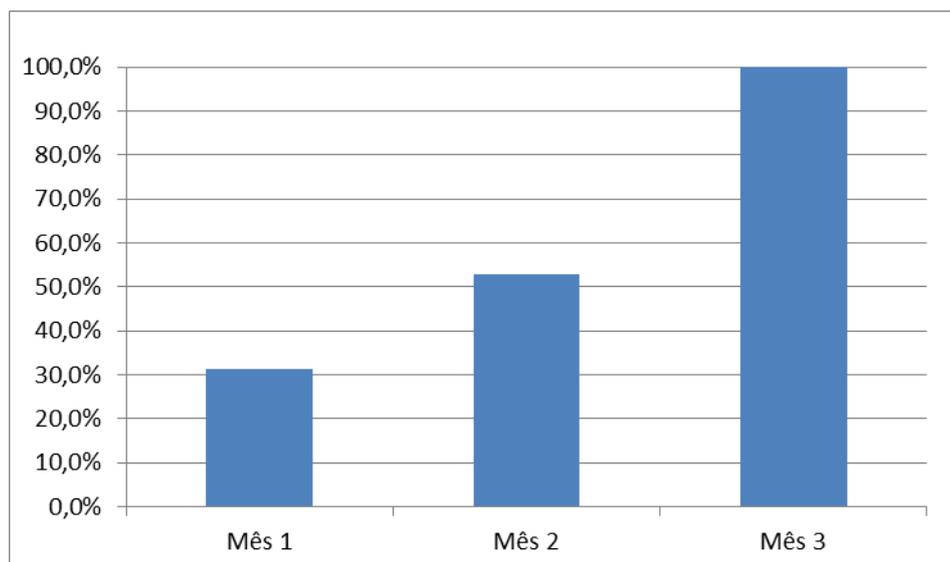


Figura 7. Gráfico indicativo do comportamento da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Analisando o gráfico poderemos observar que a meta proposta do 80% foi alcançada e superada pois durante a intervenção cadastramos usuários novos e assim superamos nossas expectativa alcançando 100%. Apesar das dificuldades enfrentadas, conseguimos obter muito bom resultado ressaltando as ações desenvolvidas pelos ACS que auxiliaram na captação novos casos. Os resultados obtidos foram o mês 1(26 pacientes para um 31,3%), mês 2(44 pacientes para um 53,0%), mês 3(83 pacientes para um 100%).

Importante destacar os indicadores nos permitem apresentar os pacientes hipertensos e diabéticos de forma separada pela patologia, mas, realizamos assistência médica a pacientes portadores de ambas doenças. Ao final da intervenção cadastramos 162 pessoas.

Objetivo 2) Realizar exame clínico apropriado a os pacientes com estas patologias, ademais de garantir que tenham realizado os exames complementares correspondentes, priorizar a prescrição dos medicamentos na farmácia popular, assim como realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2) Garantir que o 100% dos pacientes com ambas patologias tenham realizados os exames complementares ao dia, assim como a priorização dos medicamentos na farmácia popular e ter avaliação odontológica.

Indicador 2.1) Proporção de hipertensos com exame clínico em dia acordo com o protocolo.

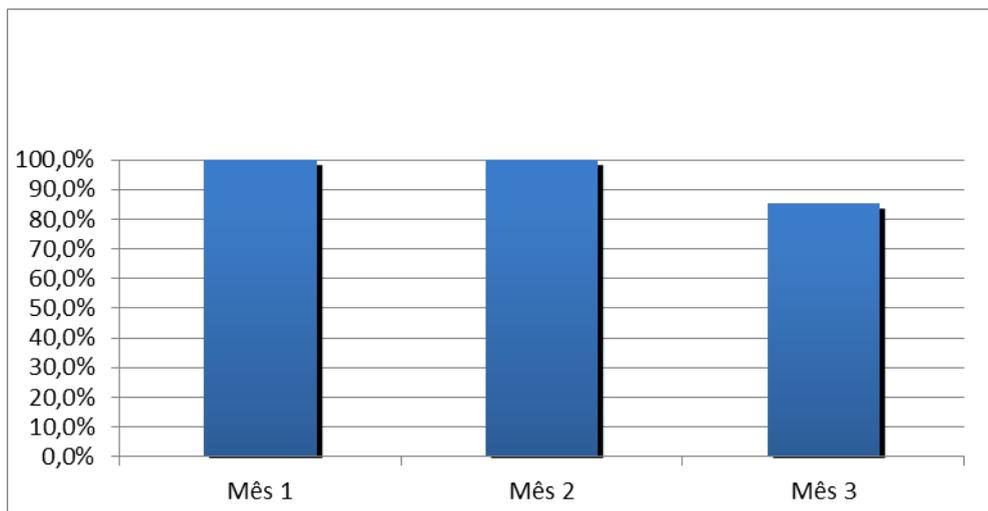


Figura 8. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com exame clínico em dia acordo com o protocolo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Analisando o gráfico acima podemos observar que todos os pacientes hipertensos que procuraram atendimento na UBS no mês 1 e 2 foram examinados clinicamente conforme o protocolo, contudo no mês 3 foram identificamos usuários que não tinham os exames clínicos em dia representando 85,3% para os 99 pacientes vistos de um total de 116. Nesse mês 3 logramos atualizar vários pacientes que não tenham os exames ao dia pois foram pacientes faltosos as consultas medicas programadas que logramos recatar e brinda-lhe atendimento medico.

Indicador 2.2) Proporção de diabéticos com exame clínico em dia acordo com o protocolo.

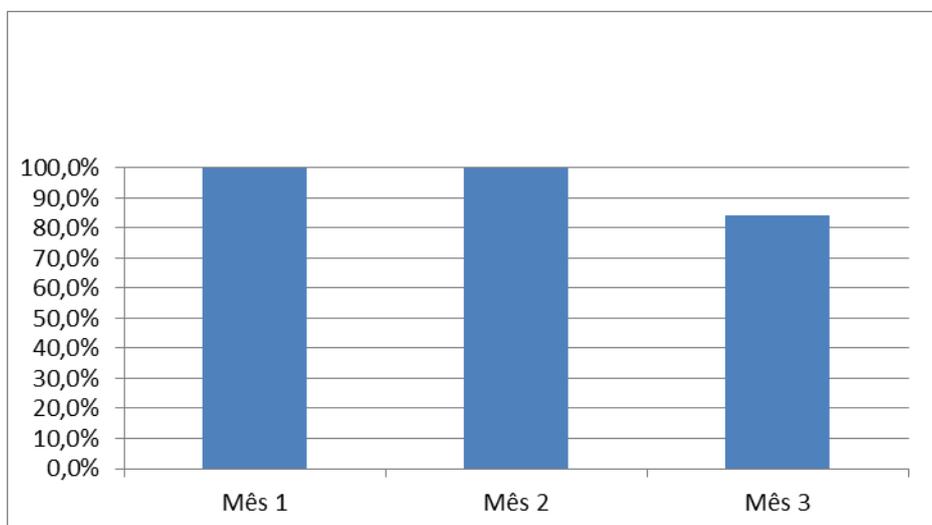


Figura 9. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com exame clínico em dia acordo com o protocolo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Analisando o gráfico podemos observar que todos os pacientes diabéticos que buscaram atendimento e foram cadastrados no mês 1 e 2 receberam a avaliação clínica adequada, contudo no mês 3 dos 83 pacientes sou 70 tenham atualizados os exames clínicos para um 84,3%, isso demonstra que conseguimos identificar e resgatar pacientes faltosos as consultas medicas conseguindo atualiza-los e motiva-los para que buscar a unidade de maneira regular.

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

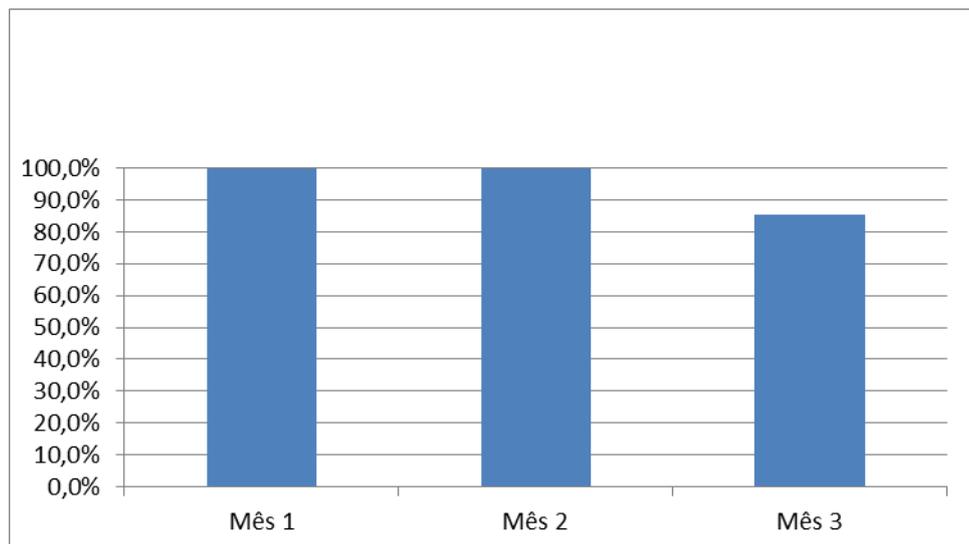


Figura 10. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Podemos observar que todos os pacientes hipertensos que foram atendidos no mês 1 e 2 apresentavam todos os exames complementares em dia acordo ao protocolo. Enquanto que no mês 3 de uma totalidade de 116 somente 99 tinham os exames complementares em dia para um 85,3%, relacionado isto a que nesse mês identificamos os faltosos a consultas médicas anteriores e por isso com exames que precisaram ser solicitados.

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

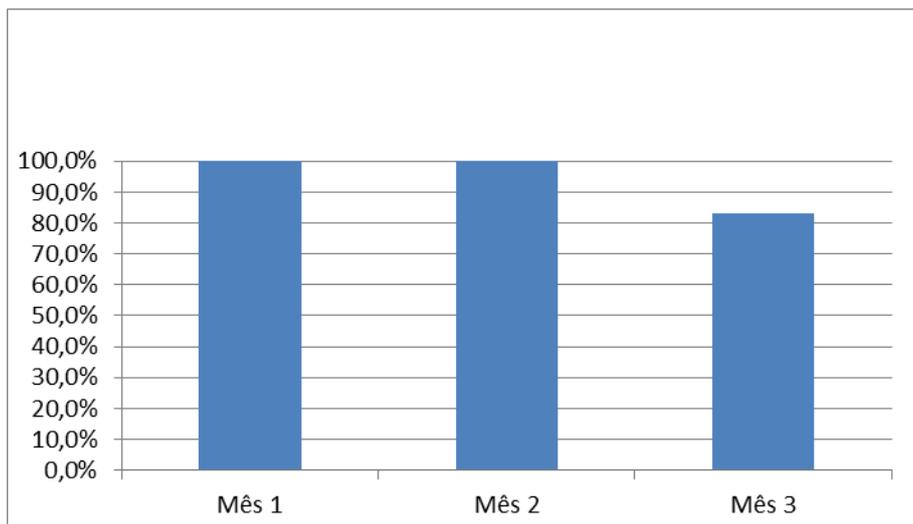


Figura 11. Gráfico indicativo do Comportamento da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Analisando o gráfico podemos apreciar que todos os pacientes diabéticos visto no mês 1 e 2 apresentavam todos os exames complementares em dia acordo ao protocolo, enquanto no mês 3 de uma totalidade de 83 dos 69 (83,1%)diabéticos tinham os exames em dia de acordo com o protocolo. Relacionamos isso a usuários faltosos as consultas programadas e assim realizamos a solicitação dos exames.

Indicador 2.5) Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada.

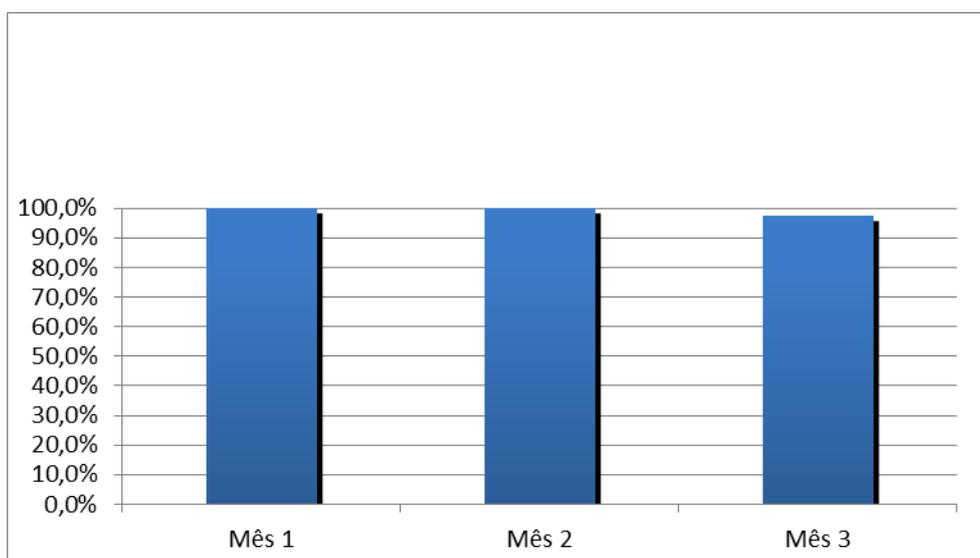


Figura 12. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Analisando o gráfico podemos observar que todos os pacientes que todos os pacientes hipertensos apresentavam prescrição dos medicamentos da farmácia

popular. No mês 3, obtivemos um resultado 97,4% para os 113 pacientes de uma totalidade de 116. Isso é atribuível a que os pacientes identificados apresentavam acompanhamento ademais pelo particular e os medicamentos indicados são indicados por esse especialistas.

Indicador 2.6) Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada.

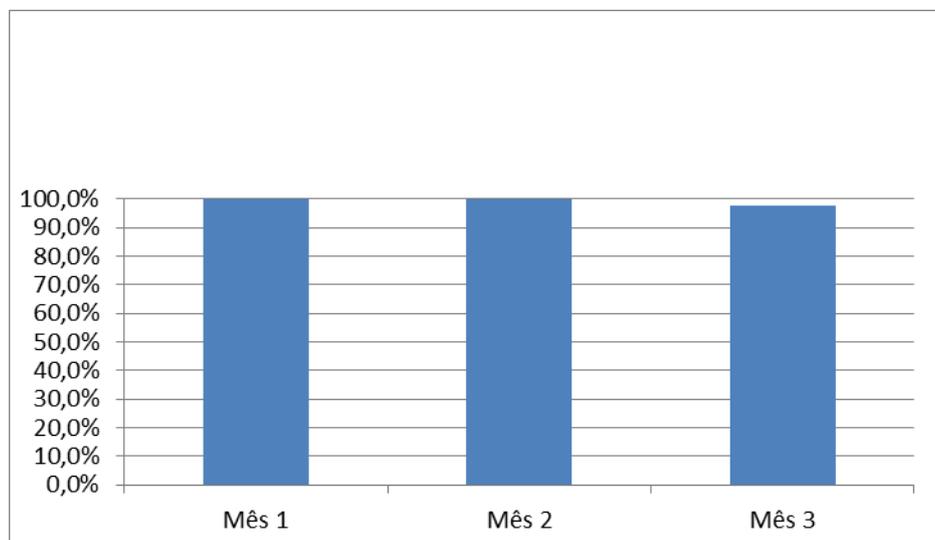


Figura 13. Gráfico indicativo do Comportamento da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Observar a partir dos gráficos, todos os diabéticos apresentavam prescrição dos medicamentos da farmácia popular. Obtendo quase o 100% deles, somente no mês 3 que obtemos um 97,6% dos 81 pacientes da totalidade de 83, pois nesses pacientes identificados tem acompanhamento ademais pelo particular e os medicamentos indicados são indicados por esse especialistas.

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

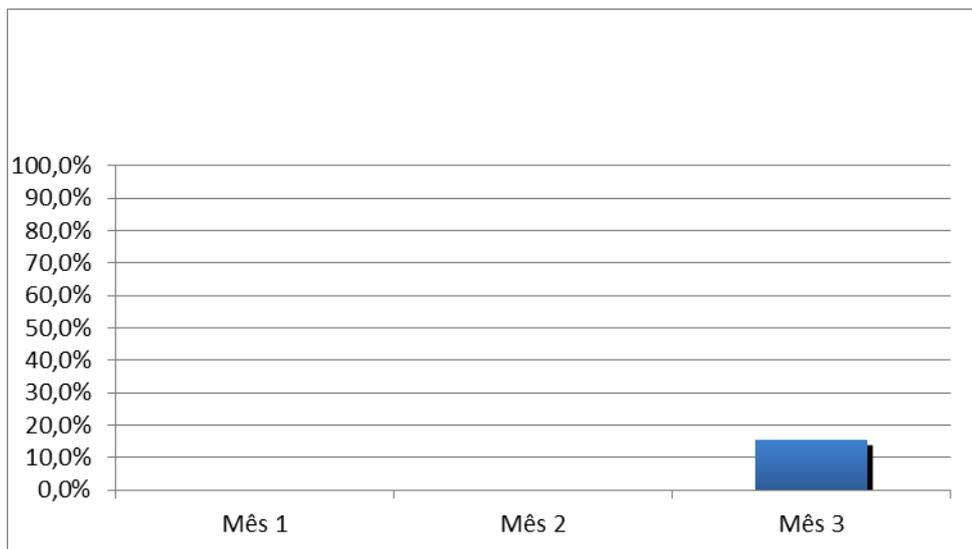


Figura 14. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Analisando o gráfico podemos observar que a proporção da avaliação da necessidade odontológica se manteve muito baixa, pois apresentamos muitos problemas pois não contamos com odontólogo em nosso posto de saúde, e uma das estratégia realizada pela equipe para que os pacientes foram avaliados foi a realização da ação cidadã feita onde nossa secretaria nos apoio com um especialista odontológico que avaliou no mês 3 os 18 pacientes representando um 15,5%.

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

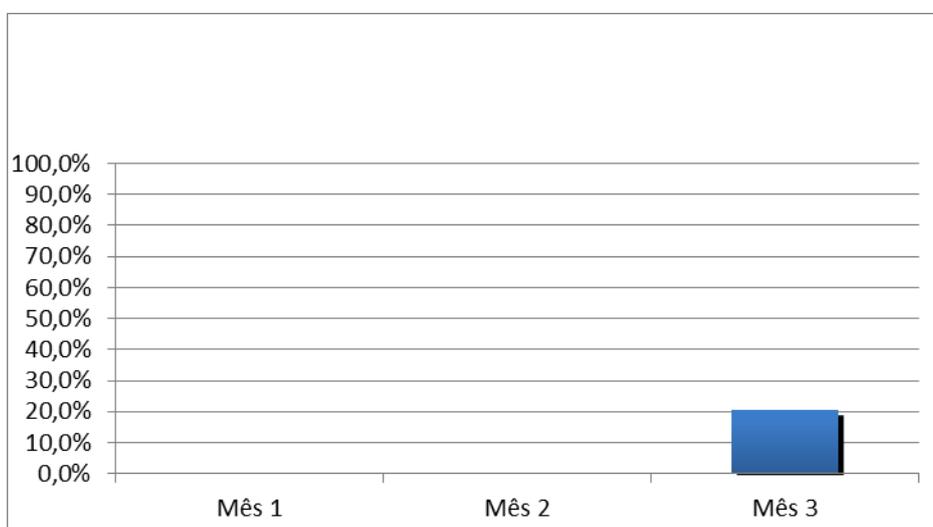


Figura 15. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Analisando o gráfico podemos observar que a proporção da avaliação da necessidade odontológica se manteve muito baixa, pois apresentamos muitos problemas pois não contamos com odontólogo em nosso posto de saúde, e uma das estratégia realizada pela equipe para que os pacientes foram avaliados foi a realização da ação cidadã feita onde nossa secretaria nos apoio com um especialista odontológico que avaliou no mês 3 os 17 pacientes representando um 20,5%.

Objetivo 3. Identificar dos pacientes com ambas patologias faltosos a consultas medicas.

Meta 3) Buscar o 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos a consultas médicas e acudir a sua busca.

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

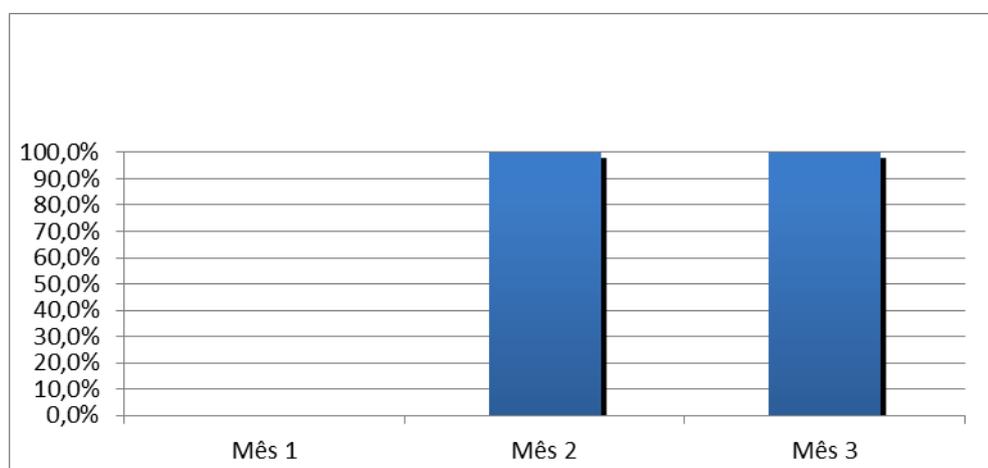


Figura 16. Gráfico indicativo do Comportamento da Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No mês 1 não tivemos usuários faltosos as consultas, já no mês 2 e 3 realizamos 100% das buscas dos pacientes hipertensos faltosos as consultas. Com ajuda de nossos agentes comunitários que tiveram iniciativas como por exemplo de aumentar as frequências do horários de campo na semana para realizar as buscas dos faltosos e assim alcançar a nossa meta.

Indicador 3.2) Proporção de diabéticos faltosos as consultas com buscas ativa.

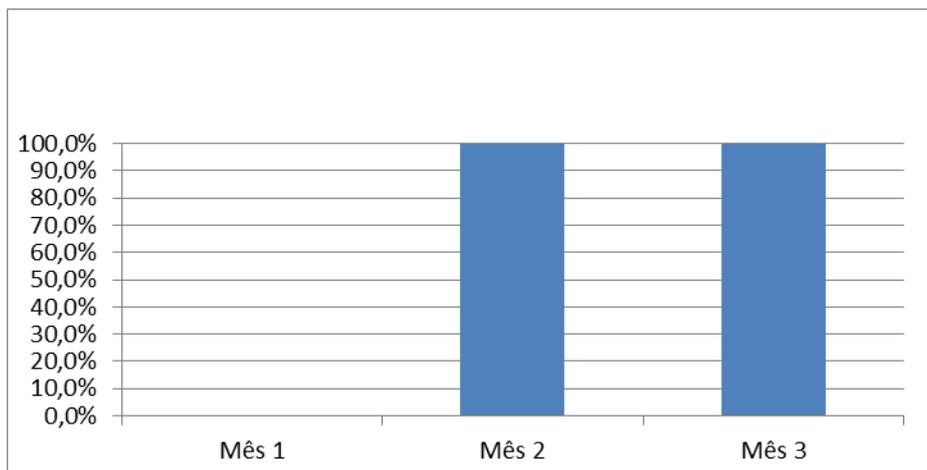


Figura 17. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos faltosos as consultas com buscas ativa, no PMF Frank Pais, Cavalao , Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico podemos observar que realizamos a busca ativa dos pacientes diabéticos faltosos as consultas medicas representando um 100%. Com ajuda de nossos agentes comunitários que tiveram iniciativas como por exemplo de aumentar as frequências do horários de campo na semana para realizar as buscas dos faltosos e assim cumprir 100% de nossa meta.

Objetivo 4. Manter ficha de acompanhamento dos pacientes cadastrados com ambas doenças.

Meta 4. Realizar atualização do 100% das fichas de acompanhamento dos pacientes com ambas doenças.

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

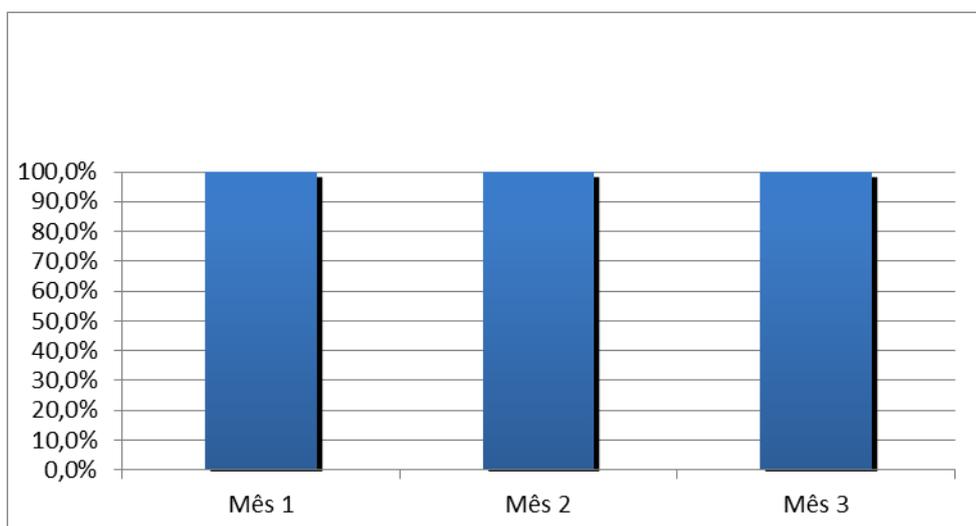


Figura 18. Gráfico indicativo do Comportamento da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento no PMF Frank Pais, Cavalao , Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico podemos observar que no 100% dos pacientes hipertensos se logro o registro adequado da ficha de acompanhamento. A equipe participou no sucesso, pois tivemos iniciativas como a revisão da gerencia uma vez por semana para revisar cada uma das fichas dos pacientes.

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

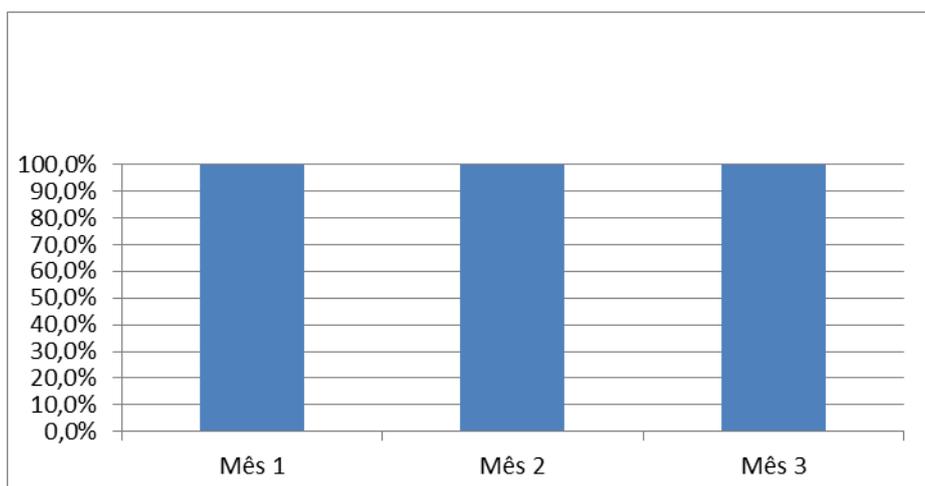


Figura 19. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no PMF Frank Pais, Cavalao , Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico podemos observar que no 100% dos pacientes diabéticos se logro o registro adequado da ficha de acompanhamento, a equipe participo no logro pois tivemos iniciativas como a revisão da gerencia uma vez por semana para revisar cada uma das fichas dos pacientes.

Objetivo 5. Realizar a estratificação de risco cardiovascular em ambas patologias.

Meta 5. Garantir que o 100% dos pacientes afetados com estas doenças tenham feito a estratificação do risco cardiovascular.

Indicador 5.1) Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

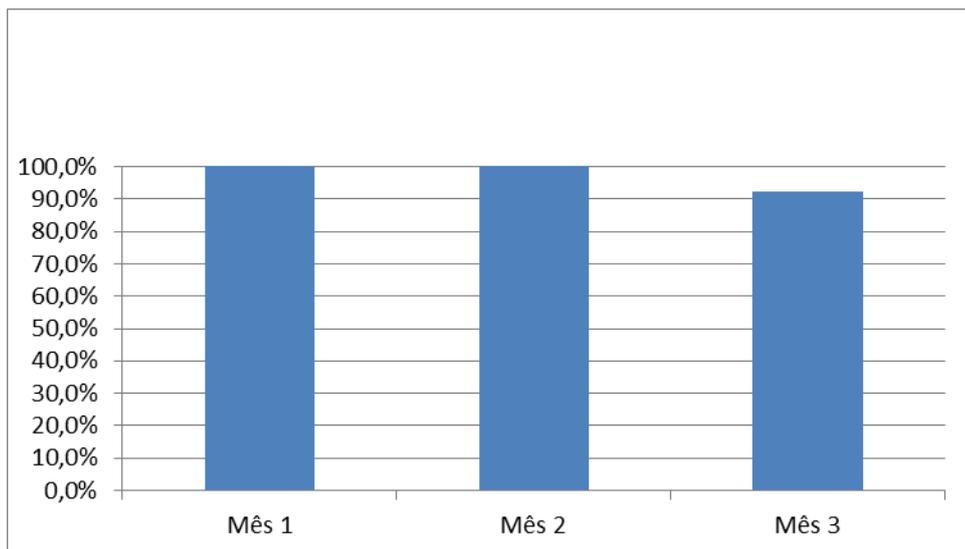


Figura 20. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no PMF Frank Pais, Cavalão, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico observamos que em todos os meses conseguimos realizar a estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia no mês 1 e 2 para um 100%. Enquanto no mês 3 obtemos um 92,2%, pois identificamos pacientes faltosos as consultas medicas que estavam desatualizados.

Indicador 5.2) Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

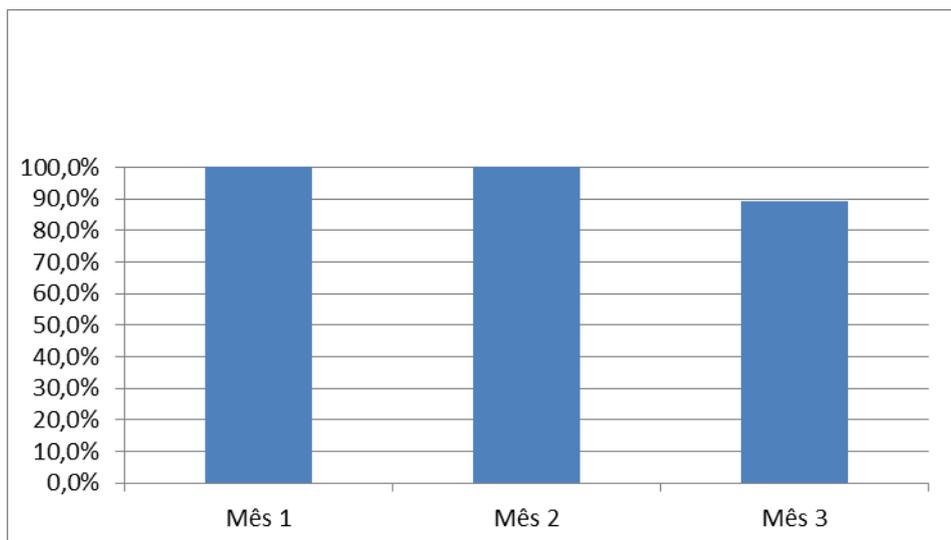


Figura 21. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no PMF Frank Pais, Cavalão, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPE, 2015

No gráfico observamos que nos meses 1 e 2 realizamos a estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia para um 100%. Obtendo no mês 3

um 89,2% relacionado que identificamos pacientes faltosos as consultas medicas que estavam desatualizados.

Objetivo 6. Garantir orientação sobre os risos de tabagismo, higiene bucal, orientação nutricional, pratica regular de atividades físicas.

Meta 6. Realizar a orientação sobre tabagismo, higiene bucal, nutricional, realização de atividades físicas no 100% dos pacientes afetados.

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

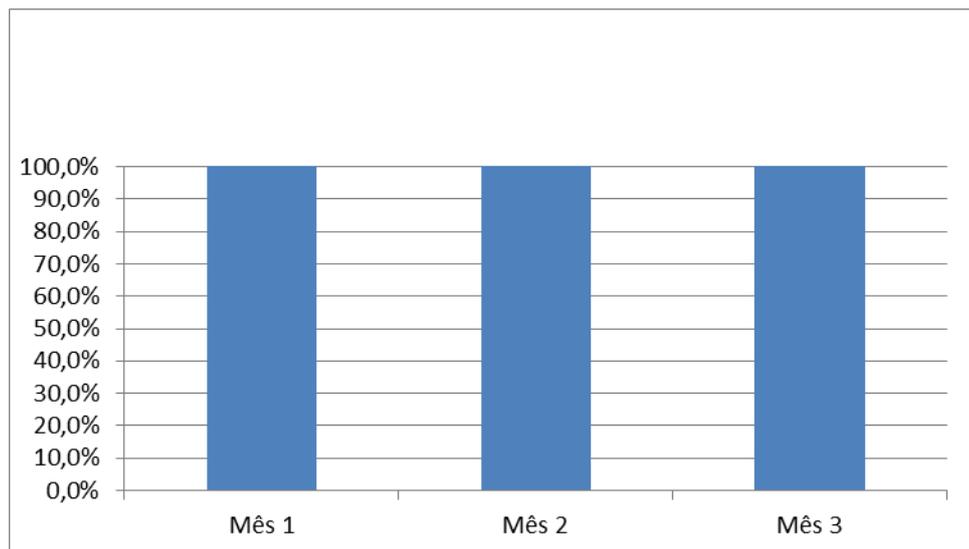


Figura 22. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico podemos observar que conseguimos realizar a orientação nutricional sobre alimentação saudável a100% dos pacientes.

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

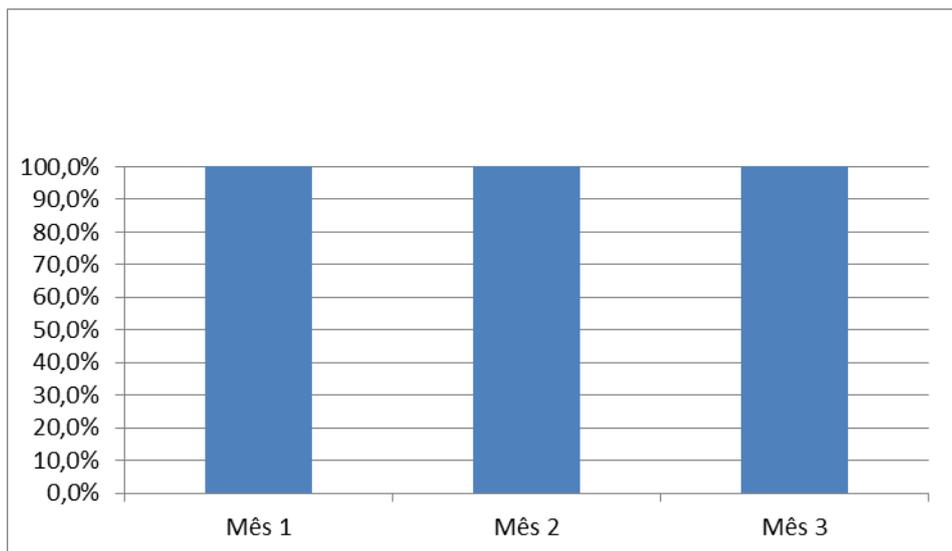


Figura 23. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no PMF Frank Pais, Cavalão , Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico podemos observar que conseguimos realizar a orientação nutricional sobre alimentação saudável ao 100% dos pacientes.

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

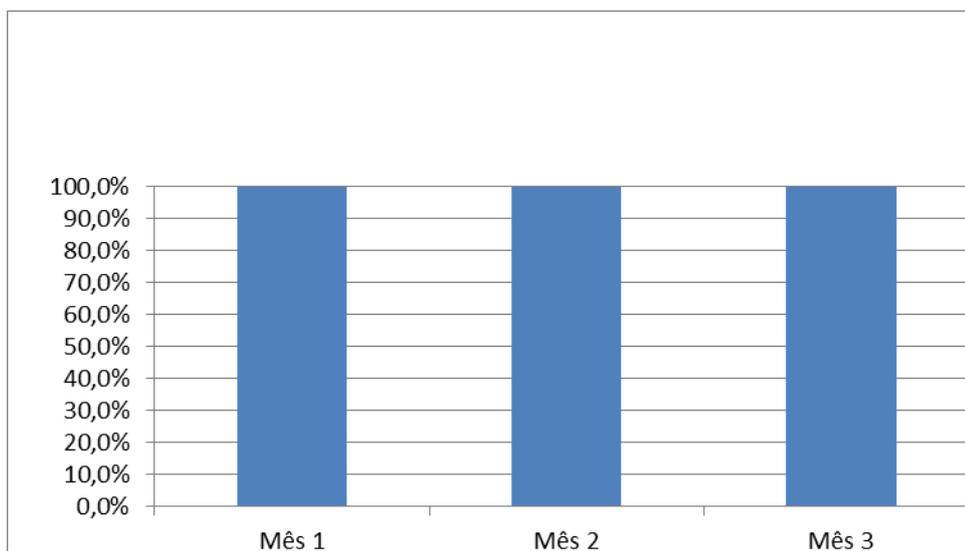


Figura 24. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos com orientação sobre a pratica de atividade física regular, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPE, 2015

Analisando o gráfico podemos observar que realizamos a orientação relacionada a pratica regular da atividade física, no 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.4) Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a pratica de atividade física regular.

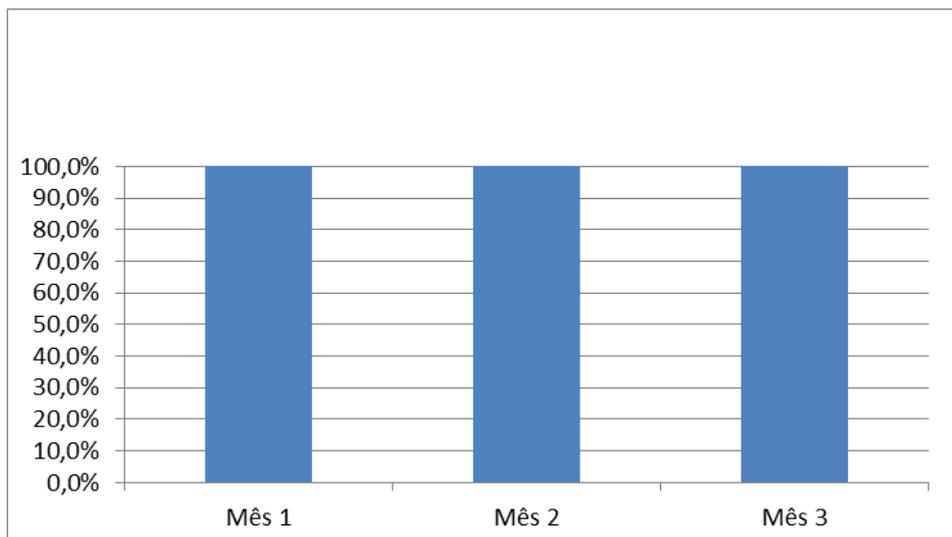


Figura 25. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

Analisando o gráfico podemos observar que realizamos a orientação relacionada a prática regular da atividade física, no 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.5) Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

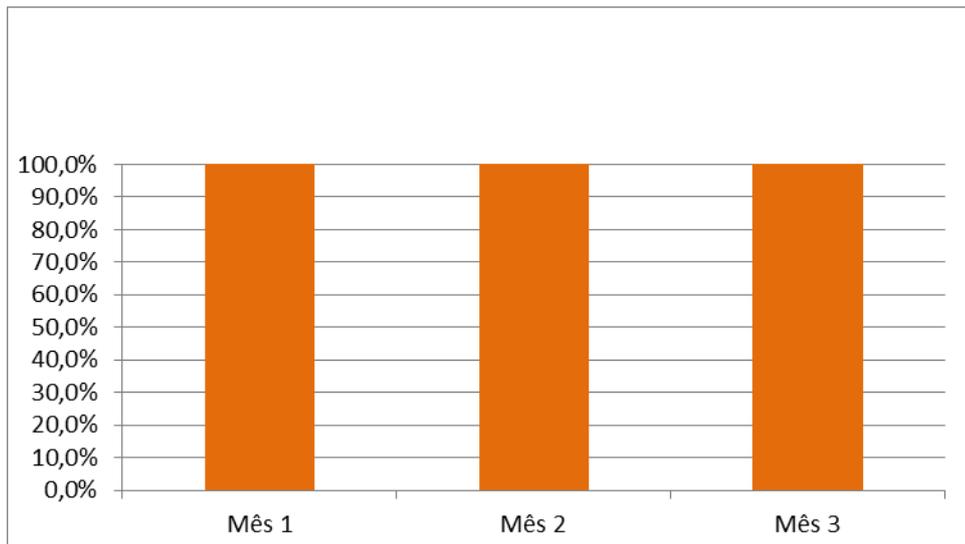


Figura 26. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico podemos observar que o 100% dos pacientes hipertensos receberam a orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.6) Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

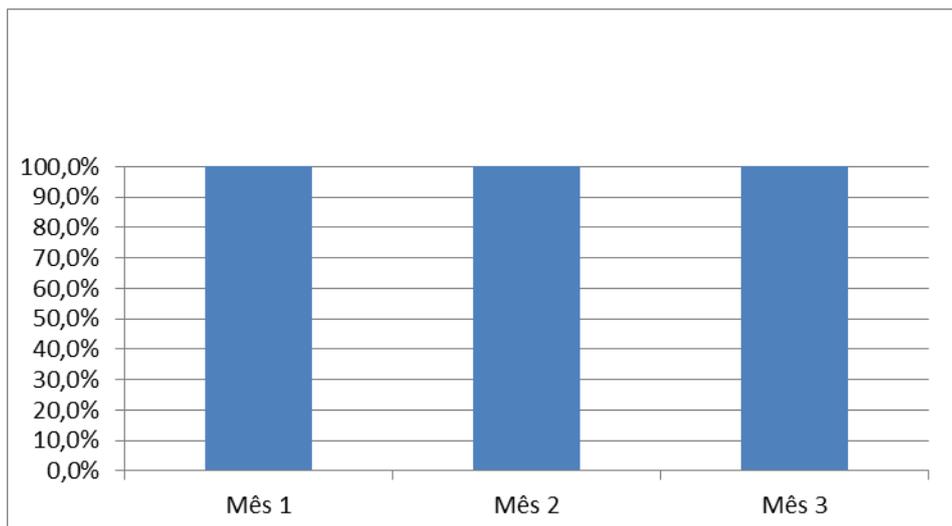


Figura 27. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico observamos que sempre orientamos aos paciente diabéticos sobre os riscos do tabagismo, pois o 100% reviveu a mesma.

Indicador 6.7) Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

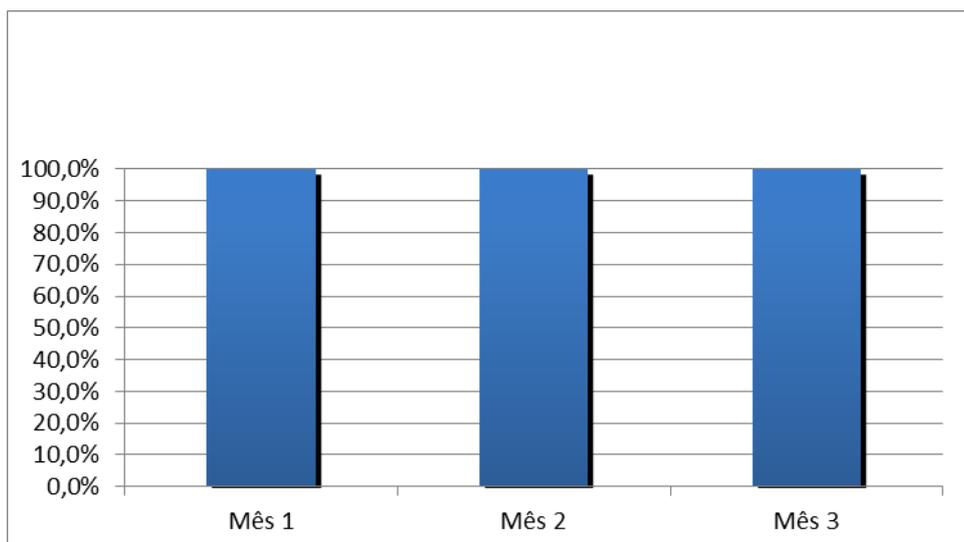


Figura 28. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico podemos observar que a proporção dos pacientes hipertensos que receberam orientação sobre manutenção da higiene bucal, foi sempre do 100%.

Indicador 6.8) Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

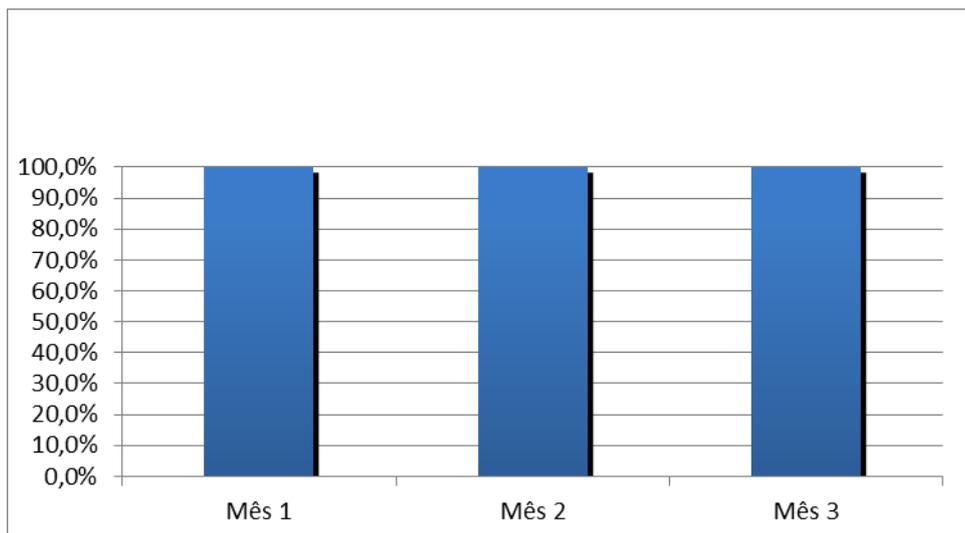


Figura 29. Gráfico indicativo do Comportamento da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, no PMF Frank Pais, Cavalao, Niterói/RJ 2015.

Fonte: Planilha UFPel, 2015

No gráfico podemos observar que a proporção dos pacientes diabéticos que receberam orientação sobre manutenção da higiene bucal, foi sempre do 100%.

4.2 Discussão

Discussão dos resultados.

Com a realização nesta intervenção a equipe propiciou melhoria no cadastramento e registros, da população com a capacitação dos membros da equipe e outros trabalhadores da UBS (Unidade Básica de Saúde) para assim obter bons resultados no atendimento e seguimento do programa de atenção ao paciente portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde.

*Importância da intervenção para a equipe:

A intervenção para nossa equipe foi muito valiosa e reconhecida por todos os integrantes da equipe desde o início, pois contamos com seu apoio, e sua participação em todas as capacitações e atividades orientadas durante a intervenção, trabalhando ativamente no cadastramento, realizando os registros de nossos pacientes, agendamento das consultas, buscas ativas dos faltosos. A união da equipe para organizar o atendimento a os pacientes interessados na intervenção garantiu os bons resultados obtidos, pelo que ficam satisfeitos, além de reconhecer a satisfação dos pacientes pelo atendimento oferecido.

Neste trabalho todos os profissionais da equipe desenvolveram um papel importante muito importante, a atuação do médico, enfermeiro, técnica de enfermagem e os ACS (agentes comunitários de saúde) foram fundamentais no alcance dos resultados. As ações não foram centralizadas somente na figura do médico, mas sim na multidisciplinaridade, sendo isto a chave do êxito da intervenção, trabalho em equipe.

Em cada micro área os ACS (agentes comunitários de saúde) receberam uma capacitação e ajudaram no bom desenvolvimento de nosso trabalho, estando presente nas visitas domiciliares junto com a equipe e também a identificar fatores de risco.

*Importância da intervenção para o serviço:

É muito importante à intervenção para o serviço, pois cada semana da mesma foram acontecendo algumas coisas negativas que levaram as mudanças positivas, vencendo cada obstáculo apresentado em nosso trabalho sendo a violência existe na zona o mais grave, realizando atendimentos clínicos integrais, captando pacientes novos, organizando os atendimentos e o acolhimento aos pacientes diabéticos e hipertensos. Assim como a participação de todos os pacientes no dia da consulta programada nas palestras educativas, e a realização dos exames laboratoriais em tempo indicado para atualização dos mesmos e avaliação dos riscos.

*Importância da intervenção para a comunidade.

A equipe considera que a intervenção teve um impacto positivo na comunidade desde o início, já que foram realizadas palestras educativas na comunidade para que assim todos conhecessem o que é o programa relacionado a hipertensão arterial e diabetes mellitus, e reconhecessem a importância dele, pois a saúde e responsabilidade de todos, trata-se de um programa prioritário, onde os pacientes portadores de ambas doenças são acolhidos na UBS (unidade básica de saúde) independentemente do dia que chegar na mesma. Ademais de informar os direitos que tem todos os pacientes para solicitar a segunda via dos mesmos.

A comunidade esta muito feliz com a intervenção, pois rapidamente as mudanças tornaram-se visíveis, o atendimento dos pacientes nas consultas e visitas domiciliares tornou-se integral e de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Durante a intervenção, orientações sobre os riscos do tabagismo, e ademais sobre alimentação saudável, realização de atividade física regular e mantimento da

higiene bucal foram essenciais. Todos os pacientes tornaram-se muito interessados e melhoraram muito seu estado de saúde realizando nossas orientações.

*O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento:

Se tivesse a oportunidade de realizar novamente a intervenção, procuraria motivar mais a população pois a pesar de estamos satisfeitos com os resultados sem motiváramos mais teríamos mais fluxo de pacientes a pesar da violência existe. Com a experiência de haver feito esta intervenção será mais fácil colocar em prática as ações para organizar os programas. Também seria importante implementar o tempo todo o atendimento odontológico para garantir o atendimento adequado dos usuários, pois eles precisam um atendimento e ademais seguimento sistemático para evitar complicações.

*Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/ que melhorias pretendem fazer na intervenção:

A intervenção chegou para ficar em nossa equipe e achamos que também para tornar-se realidade às demais equipes, e cada dia faremos todo o possível por obter melhores resultados e acreditamos que a comunidade vai ajudar, pois estamos trabalhando para que o acolhimento dos pacientes seja realizado constantemente.

Nossos pacientes atendidos mostram-se muito satisfeitos pelo atendimento e seguimento prestado, e isto nos compromete a cada dia ser melhores e exigir de nossos gestores a solução das dificuldades identificadas, e fazendo exigências para garantir o fornecimento dos medicamentos na farmácia da UBS (unidade básica de saúde).

*Quais os próximos passos:

A partir do próximo mês, manteremos o atendimento clínico e seguimento domiciliar a todos nossos pacientes, promovendo o cadastramento oportuno dos mesmos, assim como o agendamento das consultas programadas, além de incluir em nosso trabalho as demais equipes de saúde da UBS (unidade básica de saúde). Aplicaremos os objetivos deste trabalho também em outras ações que precisam ser reestruturadas e organizadas conforme o preconizado pelo Ministério de Saúde, para melhorar os demais indicadores e contribuir cada dia a melhorar o sistema de saúde assim como a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes em nossa comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Sou o dr Pedro Bring Legon, medico cubano pertencente ao programa mas médicos. Cheguei a meu município de Niterói pertencente ao estado do Rio de Janeiro, no mês de agosto 2014, comecei a trabalhar na equipe 019 pertencente na UBS Frank Pais, que se encontra localizada no coração da comunidade do Cavalao. A equipe e composta por um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, dois ACS e um medico. Atualmente me encontro fazendo a especialidade em saúde da família composta por 4 eixos que tem sido desenvolvidos ao longo do curso do curso de especialização. Durante ao período de fevereiro a maio de 2015, nossa equipe realizo uma intervenção de saúde com objetivo de melhorar a atenção ao programa de prevenção do câncer de colo uterino e mama, em nossa população adstrita.

A unidade de saúde tem cadastrados uma população de 1935 habitantes, com um número de casas 587. Nossa estimativa referente ao publico alvo de nossa ação programática compreendia um total de 173 usuários hipertensos e 83 usuários diabéticos, representando 8,9% e 4,2% da totalidade populacional. Ao realizar Analise Situacional da UBS percebemos que existia deficiência na qualidade dos atendimentos e acompanhamentos dos usuários hipertensos e diabéticos, decidimos realizar um projeto de intervenção que estabeleceu objetivos, metas e ações e conseguimos cumprir com as ações planejadas, desenvolvendo-as no período de 12 semanas, seguindo o cronograma estabelecido no projeto de intervenção. Na realidade no inicio da intervenção afrontamos dificuldades, pois a equipe ainda não tinha a organização e unidade para o bom desenvolvimento do projeto, mas com as capacitações de toda à equipe com uma frequência de 15 em 15 dias, com a participação mas mesmas de nossa supervisora de clinica medica, todos ficaram muito motivados com o conhecimento adquirido pela importância da atenção aos pacientes interessados em nossa intervenção.

As iniciativas de todos lograram união que ajudou a solucionar problemas, por exemplo, no início apresentamos dificuldades com as fichas espelho e com o esforço de todos e juntamente com o gestor da UBS conseguimos imprimir todas as fichas necessárias para o trabalho. Importante destacar as dificuldades que afrontamos com o atendimento odontológico, pois não contamos com esse serviço em nosso posto de saúde, o que foi insuficiente para a avaliação da saúde bucal de nossos pacientes, levando ao não alcance da meta proposta para o indicador de saúde bucal, mas esperamos que com a continuidade de nosso trabalho e com a colaboração da gestão municipal, isto seja resolvido e assim obter melhor qualidade da atenção dos pacientes dando prioridade ao programa. Ademais de priorizar a educação em saúde dos usuários e da comunidade em geral, realizando diferentes atividades como tais como palestras educativas com usuários envolvidos na intervenção e seus familiares, rodas de conversa, atividades coletivas com temas propostos por eles, com aproveitamento de todo espaço como as salas de espera, nas associações. Importante sinalar o papel representado por nossos agentes comunitários que realizaram a busca ativa dos usuários faltosos a consulta, ademais de dobrar seus horários do campo para realizar visitas domiciliares e contribuir com os novos cadastramentos e resgate de muitos usuários.

Desde o início da intervenção buscamos o trabalho comunitário com líderes formais e informais, comunidades em geral, onde apresentamos o projeto da intervenção, seus objetivos e metas a realizar e hoje podemos dizer que estamos muito felizes com o trabalho na comunidade, pois sempre contamos com seu apoio em todo o processo de intervenção, participando no trabalho preventivo para melhorar a qualidade de vida dos usuários e apoiando nas visitas domiciliares. Permitindo assim que aumentasse o número de usuários hipertensos acompanhados pela equipe, para 116 representando um 67,1%, além de uma cipe de 83 usuários diabéticos para um 100%, recebendo todos ações de promoção e prevenção de saúde, orientações sobre riscos de morbimortalidade, importância de manter uma alimentação saudável, realização de atividade física regular, os riscos do tabagismo, assim orientação sobre higiene bucal, além de realizar a esterificação dos riscos dos usuários interessados na intervenção.

Neste trabalho todos os profissionais da equipe tinham um papel importante, pois todos os membros da equipe desenvolveram um papel fundamental e o mais importante foi lograr a unidade no trabalho, representando nossa principal

ferramenta no sucesso obtido. A comunidade esta muito feliz com a intervenção, tem mais confiança na equipe pois rapidamente as mudanças tornaram-se visíveis, o atendimento de nossos pacientes hipertensos e diabéticos, em consultas e visitas domiciliares tornou-se integral e de acordo com o preconizado pelo Ministério de Saúde. Além disso durante a intervenção, organizamos uma das atividades que considero mais importante sendo esta a ação cidadã efetuada o dia 13/06/15, pois tivemos a presença de membros da secretaria de saúde, assim como odontólogo que possibilito que nosso indicador relacionado ao atendimento odontológico não ficara em zero, podendo ser avaliados vários pacientes diabéticos e hipertensos, ademais de receber palestras orientadoras sobre importância de manter higiene bucal.

É importante destacar que toda a equipe sente-se muito feliz pela realização do projeto que chego para ficar em nossa equipe, além de transmitir nossa experiência a outra equipe, sendo o mais importante à satisfação dos pacientes e a contribuição nossa a melhoria da qualidade de vida de nossa comunidade tão necessitada.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante o período de fevereiro a maio 2015 a equipe da UBS Frank Pais, realizou uma intervenção de saúde para melhorar a qualidade do atendimento aos usuários diabéticos e hipertensos pertencentes a nossa área de abrangência, representando uma prioridade para equipe. Esse trabalho faz parte da especialização em saúde da Família, um curso à distância realizado pela Universidade Federal de Pelotas, em parceria com UNASUS, do Programa Mais Médica para o Brasil, para melhorar a qualidade de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos.

A equipe realizou um estudo sobre a estrutura da Unidade e trabalho desenvolvido que nos permitiu conhecer as debilidades e o que tínhamos que fortalecer, escolhendo uma ação para o desenvolvimento da intervenção e vale destacar que mesmo com o trabalho desta ação programática, a equipe continuou oferecendo atendimento a todos os grupos. A ação programática escolhida, foi o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, já que na UBS existiam problemas com as consultas e acompanhamento dos mesmos, existindo um baixo índice de assistência dos usuários aos postos de saúde. Decidimos realizar nossa intervenção cumprindo todas as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Realizamos um projeto com ações a desenvolver organizadas em um cronograma, que foram cumpridas e avaliadas a cada semana durante a intervenção. A equipe fez muitas atividades com a participação da população, onde os líderes da comunidade colaboraram muito o qual possibilitou o regate de muitos pacientes ademais do cadastramento de pacientes novos, também melhorou a qualidade na organização dos agendamentos das consultas programadas e principalmente na prioridade do atendimento em consultas a estes pacientes. A equipe da UBS recebeu treinamento com ajuda de nossa supervisora de clínica médica, para dar palestras educativas mais qualificadas desde o início sobre a importância do programa de hipertensão e diabetes, de iniciar as consultas médicas o mais cedo possível, a importância do uso contínuo dos medicamentos indicados, ter uma alimentação saudável, a realização de atividade física de maneira regular, riscos do tabagismo, e higiene bucal.

Apresentamos algumas dificuldades para realizar as ações planejadas, pela violência existente na área pelo confronto entre a polícia e o tráfico. Não

apresentamos carência na entrega de medicamentos pois contamos com um bom abastecimento dos pedidos e a maioria dos pacientes tem indicação de medicamentos fornecidos pela farmácia popular. Também existiram problemas com o atendimento odontológico, sendo este nosso indicador mas baixo pois na UBS não contamos com esse serviço, pelo uma das estratégias feitas pela equipe com ajuda da secretaria de saúde foi a atividade desenvolvida o dia 13/6/2015 na ação cidadã, onde vários pacientes foram avaliados, o que signífico grande avance em nossa intervenção.

Desde o início contamos com o apoio comunitário após a apresentação do projeto de intervenção com seus objetivos e metas para os líderes formais e informais. Com o início da intervenção os usuários hipertensos e diabéticos perceberam as mudanças do atendimento, na prioridade quando tinham intercorrências agudas e nas visitas domiciliares realizando palestras com os familiares, sempre com o atendimento integral. Foram realizadas palestras nos diferentes espaços comunitários motivando assim a participação comunitária. Com a intervenção atingimos a melhoria do cadastramento, do acolhimento, dos registros, pois logramos aumentar as cifras dos acompanhamentos dos usuários 116 para um 67,1%, e de diabéticos 83 para um 100% , propiciando assim que todos os pacientes que foram acompanhados durante a intervenção ficaram com o preenchimento coreto das fichas e atualização de suas gerencias e no cada consulta medica foi feito um exame físico exaustivo, ademais da avaliação do risco cardiovascular, além de programar sua próxima consulta medica. Na realidade o projeto é muito positivo, melhorou a qualidade do atendimento e só foi possível pela união da equipe com a participação ativa da comunidade nas atividades como as visitas domiciliares e palestras na UBS. Nosso projeto se incorporo na rotina do trabalho diário em nossa UBS, sempre buscando melhores condições de trabalho para manter a satisfação de nossos pacientes e a comunidade em geral. Eu estou muito feliz com a realização do projeto pois considero foi um sucesso pois logramos desenvolver uma intervenção de saúde em uma área muito violenta, possibilitando levar a todos nossos pacientes um melhor atendimento de saúde que melhora sua qualidade de vida, tendo como guia o protocolo de atenção dos usuários diabéticos e hipertensos estabelecido pelo Ministério de Saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao fazer uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, acho que devemos destacar que ao início de nossa intervenção não aguardava ter os bons resultados obtidos, primeiramente por chegada ao posto de saúde de um médico estrangeiro e implementação do programa mais médicos na unidade de saúde, uma proposta de trabalho diferente ao implementado em nosso país, um linguagem diferente, ademais da violência existente na zona pelos confrontos entre a policia e o trafico. O trabalho desempenhado sempre foi um desafio pero com o logro de nossa principal ferramenta obtida dia a dia, representada pela união da equipe logramos realizar nossa intervenção e lograr a melhoria da qualidade de vida em nossa população, o qual podemos avaliar pelos bons resultados obtidos. Nossa equipe fico muito feliz pois logro organização no trabalho diário e melhora seus conhecimentos relacionados ao programa de atenção ao paciente Hipertenso e Diabético, mediante as diferentes capacitações feitas ao longo da intervenção, com ajuda de nossa supervisora de clinica medica quem sempre apoio nosso trabalho, e logro ter a equipe atualizada em ambas temáticas.

Sinto muita satisfação pelo meu desempenho como profissional e o melhor pessoal pois cada dia significo um processo de aprendizagem, desde a organização do processo de trabalho do serviço de saúde e aspectos do planejamento, além de questões relacionadas ao acompanhamento dos pacientes interessados em nossa intervenção, realizando continuamente diferentes atividades individuais e coletivas de prevenção e promoção de saúde, elevando o nível de conhecimento dos usuárias e comunidade em geral, significo um logro em minha vida profissional pois tive que manter algumas horas dedicadas ao estudo que ajudou no melhor desenvolvimento das atividades feitas nas consultas, as

visitas domiciliares e na comunidade. Represento uma experiência nova aonde aprendemos que cada obstáculo pode ser superado com unidade e respeito.

O curso represento para nossa pratica profissional algo muito importante pois foi possível fazer o análise situacional de nossa área de abrangência, aprofundando nas dificuldades existentes desde o ponto de vista biopsicossocial, e conjuntamente com minha equipe, comunidade em geral, gestora e secretaria de saúde, buscar possíveis soluções as diferentes dificuldades encontradas. Relacionado às demais atividades do curso, está sendo uma ótima experiência, com a realização dos diferentes testes qualitativos, as praticas clinicas que obrigam ao profissional a manter-se atualizado nos diferentes temas propostos, para depois levar á pratica com os usuários. Desejo destacar ademais a participação nos fórum que propiciou o intercambio ativo com demais profissionais do curso e uma troca de experiências mutuas.

Depois de vários meses na realização das ações do curso e na comunidade, elaboramos o TCC para mostrar o resultado de nosso trabalho, que foi uma boa experiência objetivando a realização de uma pratica humanizada e integral garantindo seguimento de qualidade no programa de atenção ao paciente Hipertenso e Diabético. Por ultimo desejo agradecer primeiramente a minha primeira orientadora a professora Aline Daryl Sales quem foi uma ótima professora que sempre esteve presente desde o inicio do curso e me proporciono diferentes ideias ao longo da intervenção, sem deixar de destacar a ajuda de minha outra professora orientadora Ana Paula Soares que com seu empenho e dedicação fez as correções adequadas em cada tarefa, participando ativamente no meu processo de aprendizagem, sendo possível a conclusão meu trabalho de maneira satisfatória.

Referências

Wikipédia <https://pt.wikipedia.org/wiki/Niter%C3%B3> acesso em 22 de julho de 2015

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. -1ed., 2. reimpr. -Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 50p.: il. - (Serie A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n 29, V. 2)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento de diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. -1ed., 2. reimpr.-Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 51p. : il. - (Serie A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n 2)

Apêndices

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Área de Transf... Fonte 21 Alinhamento Número Estilo Células Edição

D12 fx 21

HIPERTENSOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção		44	86	147	

→

OBSERVAÇÕES	
Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espeinho /	

DIABÉTICOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada		11	21	35	

→

*Estimativa no território	
População total	2600
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	1742
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7% (VIGITEL, 2011))	395
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6% (VIGITEL, 2011))	98

→

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

→

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

→

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Planilha Katiel Final_23.06 (1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Índice Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 18 Quebrar Texto Automaticamente

Área de Transf... Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

B1 fx INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3
1.1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	11,1%	21,8%	37,2%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	44	86	147
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de	395	395	395

		Mês 1	Mês 2	Mês 3
1.2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	11,2%	21,4%	35,7%
	Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	11	21	35
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de	98	98	98

		Mês 1	Mês 2	Mês 3
2.1	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o	77,3%	88,4%	93,2%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	34	76	137
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	44	86	147

		Mês 1	Mês 2	Mês 3
2.2	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o	81,8%	90,5%	94,3%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	9	19	33
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	11	21	35

		Mês 1	Mês 2	Mês 3
3.1	Proporção de hipertensos com os exames	79,0%	87,2%	82,5%
	complementares em dia de acordo com o protocolo			

		Mês 1	Mês 2	Mês 3
3.2	Proporção de diabéticos com os exames	81,8%	90,5%	94,3%
	complementares em dia de acordo com o protocolo			

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante