

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS/ESF de São
Jorge\RS**

Astreida García Prado

Pelotas, 2015

Astreida García Prado.

**Melhoria da Atenção à Saúde de usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS/ESF de São
Jorge\RS**

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

Orientador: Deison Fernando Frederico.
Coorientadora: Danielle Vasconcellos de Paula Costa.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P896m Prado, Astreida Garcia

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS/ESF de São Jorge / Astreida Garcia Prado; Deison Fernando Frederico, orientador(a); Danielle Vasconcellos de Paula Costa., coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Frederico, Deison Fernando, orient. II. Costa., Danielle Vasconcellos de Paula, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A minha mãe por ser exemplo de dedicação e perseverança, por apoiar – me sempre em todas as etapas da minha vida, por dar-me força mesmo a distância, para cada dia seguir adiante superando -me como médico. A meu pai que lá do céu me cuida e acompanha, que me ensinou a lutar para cumprir as metas, e levo no mais profundo do meu coração. A toda minha família e amigos, por confiar em mim, por animar- me e alentar-me em todas as metas da minha vida.

Agradecimentos

A minhas vizinhas por apoiar-me quando a saudade aperta, por ser essas pessoas maravilhosas sempre dispostas.

A minha equipe de trabalho que sem eles não seria possível realizar este trabalho.

Ao meu professor orientador Deison Fernando Frederico pelo apoio me brindando neste trabalho.

A todas as pessoas que de uma forma ou outra me ajudaram, “Muito Obrigado”.

O governo brasileiro por dar a oportunidade de apoiar-me na Saúde Pública Brasileira.

A meus usuários por sua colaboração e disposição, por motivar – me e crescer cada dia mais na minha profissão.

RESUMO

Prado Garcia, Astreida. **Melhoria da Atenção à Saúde de usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS/ESF de São Jorge\RS**. 2015. 79f. 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.

Realiza-se um estudo de intervenção educativa em a UBS “Estratégia da Saúde da família, no município de São Jorge, Rio Grande do Sul, no período de abril a junho 2015, com objetivo de ampliar a Cobertura do Programa de Atenção de hipertensos e diabéticos, realizar uma avaliação clínica mais detalhada dos mesmos e qualificar os registros. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas na UBS, temos para a população de 2860 a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área é de 540 e já tem 397 cadastrados neste período e para os diabéticos tem apenas 82 dos cadastrados de uma estimativa de 89 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. A colocação dos dados foram mediante os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos: Prontuários individual, Ficha-espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal. A intervenção proporcionou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, foram cadastrados mais diabéticos que hipertensos, pois muitos deles tem as duas doenças; teve melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, para a classificação do risco de ambos os grupos e para realização do exame físico geral a todos os usuários além de orientar a todos os usuários sobre orientação nutricional, sobre realização de atividade física, sobre tabagismo e higiene bucal. A intervenção foi muito importante para a equipe, pois não só nos preparou melhor como profissionais mas também como seres humanos, ao largo da intervenção foram realizadas capacitações da equipe, sobre diversos temas. Esta atividade promoveu o trabalho integrado em equipe, onde cada um desempenha um papel fundamental e uma responsabilidade específica, seja a enfermeira, as ACS, a recepcionista, a médica. Nossa equipe sentiu-se satisfeita pelo trabalho de todos em união e pela melhoria alcançada na cobertura e atendimentos dos usuários hipertensos. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como nas reuniões com os grupos priorizados, não só com diabético e hipertenso, mas também com as mulheres em idade fértil, gestantes e idosos e com isto temos observado o grau e a quantidade de mulheres que realizam seu exame de prevenção.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Doença Crônica, Diabetes Mellitus, Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS São Jorge, no Rio Grande do Sul.....	58
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS , São Jorge, no Rio Grande do Sul.....	59
Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	59
Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	60
Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	60
Figura 6: Proporção de diabéticos com os exame complementares em dia de acordo com o protocolo.....	61
Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular\Hiperdia priorizada.	62
Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular \ Hiperdia priorizada.	62
Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	63
Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	63
Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos ás consultas com busca ativa.	64
Figura 12: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	65
Figura 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	66
Figura 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	67

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1	Análise Situacional.....	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional:	28
2	Análise Estratégica	30
2.1	Justificativa.....	30
2.2	Objetivos e Metas.....	32
2.2.1	Objetivo Geral	32
2.2.2	Objetivos Específicos e Metas	32
2.3	Metodologia.....	34
2.3.1	Detalhamento das ações	34
2.3.2	Indicadores.....	41
2.3.3	Logística.....	46
2.3.4	Cronograma	50
3	Relatório da Intervenção.....	52
3.1	Ações previstas e desenvolvidas:	52
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	55
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados:.....	55
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços:	55
4	Avaliação da intervenção	57
4.1	Resultados.	57
4.2	Discussão.....	68

5	Relatório da intervenção para gestores.	71
6	Relatório da intervenção para a comunidade.....	73
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.	75
	Anexos.....	78

Apresentação

Este volume corresponde a uma intervenção educativa realizada em UBS “Estratégia da Saúde da Família”, no município de São Jorge\RS, no período de abril até junho 2015; com objetivo de ampliar a cobertura do programa de atenção de hipertensos e diabéticos, realizar uma avaliação clínica mais detalhada dos mesmos e qualificar os registros, tá conformado primeiro pelo análise situacional onde está desenvolvida a situação de ESF/APS ao iniciar a intervenção, relatório sobre análises situacional e comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional, depois explica-se a análise estratégico, justificativa, objetivos geral, específicos e metas de cada uns deles , também se explica o referente a metodologia , detalhamento das ações , indicadores por cada meta logística da intervenção , cronograma , referências bibliográficas e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A saúde da família é muito importante para o desenvolvimento da sociedade, pois através dela podemos fazer atividades de prevenção, promoção, reabilitação e cura de doenças assim como interatuar de uma forma mais próxima com as comunidades. O município de São Jorge, no Rio Grande do Sul é um município pequeno com 2860 habitantes, a maioria são descendentes de italianos, na cultura há uma mescla italiana e brasileira sendo grande a diversidade; a base da economia do município é produção de grãos, cultivo de uvas e atividade leiteira, sendo que a maioria dos habitantes trabalham em ofícios agrícolas e residem no interior. Existe uma UBS no município que funciona faz mais o menos três anos a mesma esta estruturalmente constituída por: uma sala de recepção, três consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma sala de triagem, um ambulatório, uma sala de observação, uma farmácia, uma sala de enfermagem, uma sala de esterilização, uma sala de lavagem material, a sala de administração, uma cozinha, uma lavanderia ,quatro banheiros .A equipe de saúde está composta por uma enfermeira ,três técnicas de enfermagem, seis agentes de saúde ,duas dentistas, uma assistente de saúde bucal e um médico de ESF, dois médicos de apoio, além de um Ginecologista, uma Nutricionista, duas Fisioterapeutas, uma Psicóloga, um Farmacêutico, uma digitadora, uma auxiliar de limpeza ,quatro motoristas todos estes dirigidos por um Secretário de Saúde .Na UBS os prontuários são eletrônico o que facilita o rápido atendimento e qualidade do mesmo ,tem acesso na internet, o município consta com um laboratório onde se faz exames de sangue como Hemograma completo, Glicemia em jejum, colesterol total, triglicérides,TSH,T4,creatinina,ácido úrico, TGO,TGP,PSA, EQU; as consultas são agendadas com 15 fichas ao dia além disso se atendem usuários que estão fora das fichas conforme o caso ,na UBS começam os serviços a população de 8:00 ás 11:30 da manhã ,de tarde 1:00 ás 5:00 ;todos os dias de

segunda feira até quinta-feira a medica da atenção básica em consultas ,com exceção da terça feira e quinta feira de tarde se faz visitas domiciliares acompanhadas com a enfermeira priorizando os acamados ,terça de tarde tem Ginecologista que faz a consulta Pré- natal, sexta feira é meu dia de estudo da especialização esse dia tem medico de apoio .O acompanhamento de Puericultura é feito pelo Pediatra que assiste ao parto .Se faz atividades com os grupos de hipertensos, diabéticos, entre outros a cada 2 meses 3 vezes por semana ,onde se entrega a medicação aos usuários, verifica a pressão, são orientados por um profissional que ministra palestras sobre um tema determinado .A reunião de equipe se faz cada 15 dias .Os usuários são encaminhados para a cidade mais perto os quais vão com transporte da prefeitura .As doenças mais frequentes em meu município são as Doenças Crônicas não Transmissíveis como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo2,Alcoolismo,Doenças de Tireoide, Hiperlipidêmica e Doenças Mentais com um alto índice. Também tem muitos fumantes e usuários idosos. A equipe de profissionais é muito unida, sempre procurando desenvolver um bom trabalho, mas ainda precisamos de Pediatra, Cardiologista, e existe dificuldade quanto aos encaminhamentos que fazem pelo SUS pois demora para chamar.

A ESF tem boa aceitação na população até agora com acolhimento dos usuários os quais ficam felizes com o atendimento sem ter queixas. Eu penso que temos que fazer muito para trocar os hábitos e estilos de vida, para nos tornar mais saudáveis, estimulando a pratica de exercício físico e bons hábitos alimentares; mas entre todos os profissionais da equipe estamos trabalhando em função de melhorar estes índices, será uma maravilhosa experiência.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São Jorge, no Rio Grande do Sul, é um município pequeno, com 2.860 habitantes, situado na Serra Gaúcha. A maioria dos habitantes são descendentes de italianos, na cultura há uma mescla italiana e brasileira sendo grande a diversidade; a base da economia do município é a produção de grãos, o cultivo de uvas e a atividade leiteira, sendo que a maioria dos habitantes trabalham em ofícios agrícolas e residem no interior.

Contamos com uma UBS rural, com ESF e do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a prefeitura do município. Nossa equipe da saúde da família está composta por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar em saúde bucal, três técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, além disso, tem outros profissionais em atividade como dois assistentes sociais, três auxiliares administrativos, um auxiliar de serviços gerais

ou de limpeza, um farmacêutico, um bioquímico, dois Fisioterapeutas, um Fonoaudiólogo, três Médicos Clínicos Gerais, quatro motoristas, um Nutricionista, dois Dentistas e um Psicólogo; todos estes dirigidos por um secretário de Saúde.

Não se conta com hospitais ou outra UBS no município, temos atendimento clínico da especialidade de Ginecologia que atende com uma frequência semanal, não temos outras especialidades como Pediatra, Cardiologista, Psiquiatria, entre outros. Os usuários que precisam outro atendimento e as emergências são encaminhados para outros municípios, no nosso caso o hospital de referência é o de Nova Prata, que se encontra a 45 km. O município conta com um laboratório onde se faz exames complementares como Hemograma completo, Glicemia em jejum, Colesterol total, Triglicérides, TSH, T4, Creatinina, Ácido úrico, TGO, TGP, PSA, EQU.

Na UBS os serviços à população começam nos horários da manhã, das 8: 00 às 11: 30, de tarde da 1: 00 às 5: 00, de segunda a sexta feira. As consultas são agendadas com 15 fichas por dia e além disso se atendem usuários que estão fora das fichas conforme seja necessário. Realizam-se atendimentos e visitas domiciliares com horários intercalados. Realizamos em torno de quarenta e cinco atendimentos clínicos por dia. Fazemos atendimento pré-natal e os atendimentos a puerperais e puericultura.

As doenças mais frequentes são as Doenças Crônicas não Transmissíveis como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Alcoolismo, Doenças de Tireoide, Hiperlipidêmica e Doenças Mentais com um alto índice. Também tem muitos fumantes e usuários idosos.

Como parte das atividades de atenção primária que incluem prevenção, promoção, diagnóstica e reabilitação; contamos com um grupo de programas e atividades que apoiam e melhoram a qualidade do trabalho.

Se faz atividades com os grupos de hipertensos, diabéticos, entre outros, a cada 2 meses 3 vezes por semana, onde se entrega a medicação aos usuários, verifica a pressão, são orientados por um profissional que ministra palestras sobre um tema determinado. Não temos grupos de apoio como NASF e CEO.

Desde mais ou menos três anos a UBS está estruturalmente constituída por: uma sala de recepção, três consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma sala de triagem, um ambulatório, uma sala de observação, uma farmácia, uma sala de enfermagem, uma sala de esterilização, uma sala de lavagem de material, uma sala de administração, uma cozinha, uma lavanderia e quatro banheiros.

Na UBS a sala de espera é pequena, acomodando aproximadamente trinta pessoas, com pouca ventilação, e iluminação artificial, já que tem uma só janela a qual é pequena, além disso quando outros médicos têm consulta, as cadeiras não são suficientes e muitos usuários ficam de pé. Não contamos com sala de reunião, espaço destinado a atividades educativas em grupos para fazer as reuniões, os agentes de saúde não têm sala para ficar e fazer suas reuniões, estas são feitas na sala de espera inicial depois que terminam as consultas. Outra dificuldade é a ausência de almoxarifado para materiais diversos. Não temos sala de nebulização, a qual se faz na sala de curativos e procedimentos, o que em muitas ocasiões obstrui o fluxo do funcionamento. Não contamos com sala de escovário local destinado a realização de procedimentos relacionados á prevenção de doenças bucais. A cozinha da UBS é muito pequena, a qual não cumpre com as medidas estabelecidas.

A estrutura da nossa unidade é só em planta baixa, não precisando de rampas de acesso que permitam a passagem de pessoas deficientes e com limitações; temos cadeiras de rodas a disposição de usuários.

Com respeito as barreiras arquitetônicas existem algumas como a presença de buracos na rua que vai para a UBS, o qual impede aos usuários com deficiência física, assim como idosos e usuários com outras doenças específicas, o livre deslocamento. Também não temos os símbolos internacionais que devem indicar a existência de equipamentos, mobiliário, e serviços para pessoas com deficiência (física visual e auditiva).

Estas dificuldades encontradas foram analisadas em reuniões de equipe, as quais se fazem a cada quinze dias. A UBS está sendo reformada com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços, uma das prioridades propostas foi melhorar a acessibilidade da UBS aos usuários com deficiências físicas, onde a prefeitura garantiu arrumar a rua, também se falou sobre a importância da colocação dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência.

Na UBS os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, são desenvolvidas ações como: identificação de grupos expostos a riscos, identificação de famílias expostas a riscos, identificação de grupos de agravantes (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, etc). Além da UBS, os profissionais também realizam o cuidado em saúde à população da área de abrangência, a domicilio, nas escolas, na associação de bairro/comunitária, clubes; mas não se usam outros espaços como Indústrias, Igrejas e outros espaços comunitários.

Nossa UBS faz ações programáticas, onde os profissionais realizam busca ativa de usuários

faltosos, para um melhor controle de saúde, dos fatores de risco, assim como estilo e modo de vida inadequada.

Os profissionais da saúde realizam cuidado domiciliar, fazendo levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que precisam receber cuidado domiciliar, os procedimentos e atividades que se fazem de acordo com o que precise o usuário são: curativo, educação em saúde e cuidados de saúde, revisão, medir pressão, consulta médica, consulta de enfermagem, entrega de medicamentos, aplicar medicação injetável, vacinação, fisioterapia, coleta de exames.

Existem outros procedimentos que não se realizam tendo que encaminhar o usuário para outro serviço como as nebulizações, trocar bolsa de usuário ostomizado, colocar/trocar sonda, seria muito bom que se fizessem estes procedimentos, assim evitaria o traslado do usuário que em ocasiões tem limitações que dificulta o mesmo.

Outro problema encontrado foi à falta de protocolos para encaminhar aos usuários a outros níveis do sistema, assim como acompanhamento dos usuários em situações de internação hospitalar, isto traz como consequência, que em muitas ocasiões, o usuário é dado de alta hospitalar e não traz referências, não conhecendo o médico, a conduta tomada durante sua estadia hospitalar, assim como a gravidade, evolução e plano terapêutico utilizado.

Existem poucos grupos na comunidade para a realização das atividades, não tem grupo de Adolescentes, Aleitamento Materno, Pré-natal; Planejamento familiar, situação preocupante já que a atenção da família tem como base trabalhar com os grupos de riscos, realizar ações de prevenção e promoção que melhorem a qualidade de vida da população, que troquem estilos e modo de vida, além de capacitar os usuários, estimularmos com trocas de ideias e experiências.

A UBS não promove a participação da comunidade no controle social, de grande importância para engajar a comunidade, identificar-nos com ela e promover a realização e participação das atividades de prevenção e promoção.

Todos os profissionais participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, todos podemos ajudar nesta tarefa, fazendo com que os materiais e insumos sejam mais duradouros e com isso um melhor trabalho da equipe e bom atendimento dos usuários.

Nossa equipe se reúne todos os meses com uma frequência quinzenal, onde se analisam todas as questões que ajudam a melhorar o desenvolvimento do nosso atendimento, também se analisam as dificuldades e se fazem propostas para superá-las. Algumas destas deficiências foram analisadas na reunião de equipe, uma delas foi a criação de grupos de riscos como Tabagismo e adolescente que já

estão sendo organizados, assim como o Pré-natal. Também os protocolos de encaminhamento e doenças estão sendo atualizados. Estamos trabalhando em conjunto com os ACS na busca ativa de usuários faltosos e planificação da atividade com a comunidade. Contamos com a ajuda do Conselho Municipal de Saúde e estas dificuldades detectadas estão sendo analisadas e discutidas procurando uma rápida solução das mesmas, para que a população tenha uma melhor atenção médica com muito mais qualidade.

Atenção primária à saúde tem sempre um impacto positivo nas comunidades com a organização do trabalho. Nossa equipe tem uma boa aceitação da população sendo mostrada com a participação ativa da comunidade nas atividades previstas.

A minha unidade de saúde tem uma população cadastrada e real de 2.860 pessoas na sua área de abrangência no município com só uma equipe de saúde que fornece um adequado atendimento se consideramos que uma equipe deve ter como máximas quatro mil pessoas e três mil como média. A distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada com base na distribuição brasileira pelo que no número de homens e de mulheres é comum um equilíbrio na idade jovem e predominam as mulheres nas idades adultas e idosas e predominam também de forma geral os adultos e os idosos sobre a população jovem.

O número de gestantes pesquisados é de 18, representando 0.6% da população total, não fazendo correspondência com o 1.5% que é considerado pelo caderno e representam 2.2 % das mulheres em idade fértil, todas nossas gestantes fazem atendimento na nossa UBS. Temos que trabalhar mais na busca ativa das mesmas, assim com intensificar as visitas dos ACS, isso também pode corresponder com o alto número de população idosa.

De acordo com o CAP o número de crianças menores de um ano residentes na área é de 34. Minha área de abrangência tem 20 crianças menores de um ano, não corresponde com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas com um indicador de cobertura de 59 % . Quanto aos indicadores de qualidade, se comportaram da seguinte forma: consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde 17 (85 %), atraso da consulta agendada em mais de sete dias 20 (100%) , teste do pezinho até sete dias 20 (100%), primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida 18 (90%), triagem auditiva 10 (50%), monitoramento do crescimento na última consulta 20 (100%), monitoramento do desenvolvimento na última consulta 20 (100%), vacinas em dia avaliação de saúde bucal 17 (85 %), orientação para aleitamento materno exclusivo 20 (100%), orientação para prevenção de acidentes 20 (100%).

A organização do atendimento e a demanda espontânea e específica de cada equipe depende da estratégia planejada pelo mesmo. Na UBS onde eu trabalho, tem uma sala específica para a realização do acolhimento, o mesmo é feito por todos os profissionais da equipe, em todos os turnos de atendimento da UBS sem horário programado sempre que o usuário precise.

Todos os usuários que chegam são escutados em uma média de cinco até dez minutos atendendo a avaliação de risco biológico e vulnerabilidades para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Logo são procuradas as fichas e se realiza a triagem por outro profissional para passar ao atendimento procurado pelo usuário.

As consultas são agendadas, mas os usuários que procuram atenção médica que não tem ficha, são avaliados de acordo com a demanda aguda (urgência - emergência), riscos e vulnerabilidade, onde são priorizados e atendidos; pois o usuário não escolhe o dia que quer ficar doente, e uma demanda em ocasiões imprevistas que desencadeiam necessidade de atendimento.

A UBS não oferece serviços de prótese dentária, assim como atendimento especializado, como, por exemplo, tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias e lesões da mucosa, quando os usuários precisam de estes serviços são encaminhados para outra unidade de saúde, e aguardam consulta, o que pode demorar o atendimento.

Devido a que o município não conta com serviços de pronto atendimento e hospital perto, tem muita demanda espontânea, tratamos de dar soluções a todos os problemas de saúde e orientar de forma certa a população. Ainda temos coisas que mudar, mas acredito que com o trabalho em conjunto conseguiremos melhores resultados.

A UBS realiza atendimento de puericultura para os grupos etários de criança menores de doze meses (20 crianças para uma cobertura de 59 % seguem o caderno de ações programáticas) é também de doze a vinte e três meses. Ela é feita uma vez por semana nas quintas-feiras de manhã, pelo médico da ESF e enfermeiro, não temos crianças fora da área de cobertura na UBS, após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta programada e agendada. Não existe demanda de crianças até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos, os quais são atendidos sempre que precisarem; a equipe de saúde não tem Pediatra, em caso que a criança precise de avaliação é encaminhada para outro nível de atenção.

Na nossa UBS não existem protocolo de atendimento de puericultura, assim como protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde. Dentro das atividades

desenvolvidas pela UBS no cuidado das crianças na puericultura estão o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de Saúde Bucal, de Saúde Mental, Imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de Saúde Bucal, teste do Pezinho, além disso, se utilizam classificações para identificar crianças de alto risco.

Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados no prontuário clínico eletrônico, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional, ficha de espelho de vacinas. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura.

Quando se realiza o atendimento das crianças mediante a puericultura, os profissionais solicitam a caderneta da criança e preenchem as informações atuais, conversam com o responsável sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança, explicam o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, chamam atenção para data da próxima vacina e para o local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Na UBS existe o Programa Bolsa Família do Desenvolvimento Social, o responsável pelo cadastramento das crianças é o Assistente Social, quem também faz envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde.

O ESF realiza atividades com grupos de mães das crianças da puericultura, nas escolas, em outros espaços comunitários, os profissionais que participam são Assistente Social, Enfermeiro, Médico da família, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo; onde se fazem ações de prevenção e promoção da saúde da criança. Os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura realizam reuniões com uma frequência quinzenal.

Nossa UBS tem algumas dificuldades, como a falta de protocolos do Ministério de Saúde, tanto de atendimento de puericultura como para regular o acesso das crianças a outros níveis do Sistema de Saúde, como encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento, problema este que foi analisado e discutido na reunião de equipe. Outra dificuldade encontrada foi a pouca assistência às consultas de Puericultura; em muitas ocasiões a mãe só leva a criança para atendimento de problema de saúde agudo ou para realização de vacinas, o qual pode ser causado pela ausência de Pediatra, assim como pouca motivação das mães sobre a importância das consultas de puericultura. De acordo com isto, pensamos na possibilidade de criar grupos de puericultura, que motivem as mães, onde serão orientadas sobre aleitamento materno

exclusivo, introdução de alimentação complementar aos 6 meses, riscos de acidentes, importância do seguimento da criança nas consultas de puericultura, seguimento do desenvolvimento psicomotor da criança, seguimento das medidas antropométricas, identificar sinais de perigo à saúde da criança, entre outros.

Na nossa UBS se realiza atendimento Pré-natal, o mesmo é feito nas terças-feiras de cada semana, no horário da tarde, realizado pelo Ginecologista Obstetra, além disso o resto da equipe de saúde também participa no seguimento da atenção pré-natal. As gestantes uma vez finalizada a consulta saem com a próxima consulta programada e agendada. Existem gestantes fora da área de cobertura, as quais também fazem pré-natal na UBS, porém são poucas. As gestantes que chegam procurando atendimento por problemas de saúde agudo são atendidas pelo médico Clínico Geral que também faz acompanhamento.

Não existe excesso de demanda de atendimento para problemas de saúde agudos na UBS. As gestantes são avaliadas mediante o protocolo de atendimento pré-natal emitido pelo Ministério de Saúde. As ações desenvolvidas com o cuidado das gestantes são encaminhadas a promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, controles dos cânceres do colo de útero e mama, planejamento familiar. As grávidas são avaliadas e classificadas segundo o risco gestacional mediante protocolos para regularizar o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, como os de encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro.

Os atendimentos das gestantes são registrados em um prontuário eletrônico clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas, além disso, existe arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, o qual costuma ser revisado mensalmente, com a finalidade de verificar gestantes faltosas, verificar complemento de registros e identificar gestantes em data provável de parto, os responsáveis pela revisão são o médico e a enfermeira. Temos um total de dezoito gestantes que corresponde a 42.9% de cobertura de acordo com o caderno de ações programáticas, porém temos todas as gestantes cadastradas, portanto esta estimativa fica superestimada para nossa realidade. Os indicadores de qualidade se comportaram da seguinte forma: pré-natal iniciado no 1º Trimestre 17 (94%), consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde 18 (100%), Solicitação na 1ª consulta dos

exames laboratoriais preconizados 18 (100%), Vacina antitetânica conforme protocolo 18 (100%), Vacina contra hepatite B conforme protocolo 15 (83 %), Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo 18 (100%), Exame ginecológico por trimestre 18 (100%), Avaliação de saúde bucal 17 (94 %), Orientação para aleitamento exclusivo 18 (100%).

Quando se realiza o atendimento pré- natal, os profissionais solicitam a carteira de pré-natal onde se preenchem as informações atuais da gestante, conversam com a gestante sobre alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, chamam atenção para a data da próxima vacina, recomendam avaliação de saúde bucal e a importância da mesma, conversam com as gestantes sobre as práticas de promoção de aleitamento materno, sobre os cuidados com o recém-nascido, risco de tabaquismo, de álcool e drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós- parto.

Na UBS existe o Programa SISPRENATAL do Ministério de Saúde, é responsável pelo cadastramento é a enfermeira junto com o auxiliar administrativo. Na minha UBS se faz a primeira visita domiciliar dias após o parto, assim como o acompanhamento preconizado até os 42 dias pós-parto. No puerpério temos uma estimativa de partos nos últimos 12 meses de 34 mulheres para um 71 % . Na minha UBS as mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses foi de 24 puérperas. Os indicadores de qualidade se comportaram assim: Consultaram antes dos 42 dias de pós-parto 24 (100%), tiveram consulta puerperal registrada 24 (100%), receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido 22 (92 %), receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo 24 (100%), receberam orientação sobre planejamento familiar 24 (100%), tiveram as mamas examinadas 24 (100%), tiveram o abdome examinado 24 (100%), realizaram exame ginecológico 24 (100%), tiveram seu estado psíquico avaliado 15 (63 %), foram avaliadas quanto a intercorrências 24 (100%).

Uma das dificuldades encontradas foi a baixa cobertura de atividades em grupos com as gestantes, com pouquíssima participação das mesmas, o qual foi discutido e avaliado na reunião de equipe, pois existe pouca planificação e incentivo sobre a importância destas atividades educativas e preventivas que preparam melhor a grávida para enfrentar da melhor maneira possível, esta nova etapa da vida com ajuda dos ACS.

O controle dos fatores de risco é uma das tarefas mais importantes na Atenção Primária a

Saúde, assim como as ações realizadas na comunidade de prevenção e promoção de saúde, que troquem modos e estilos de vida não saudáveis. Na nossa UBS é feito o controle do Câncer de Colo de Útero, os profissionais de saúde orientam a todas as mulheres da área para o uso de preservativo em todas as relações sexuais como o método anticoncepcional mais eficaz, e tem disponibilizado na área da recepção e na farmácia preservativos para os usuários que procurem e materiais em murais para facilitar a leitura dos mesmos promovendo o uso da camisinha e sua importância. Assim como os efeitos e malefícios do tabagismo, também temos um grupo de Tabagismo. São realizadas ações de educação da mulher, para realização periódica do exame preventivo, o mesmo se faz na quinta-feira de manhã, pela enfermeira e/ou médico da família. Não há mulheres fora da área de cobertura. Os profissionais que tem contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do Câncer de Colo Uterino na UBS são: a assistente social, enfermeiros, médico da família, médico ginecologista-obstetra, técnica de enfermagem e a psicóloga.

O tipo de rastreamento utilizado na UBS é o rastreamento organizado e na nossa UBS há dificuldades quanto aos protocolos de prevenção do câncer de colo de útero, nós contamos com os mesmos, tema este discutido nas reuniões de equipe, onde estamos aguardando a solução. As mulheres que fazem exame preventivo na UBS são avaliadas e se investigam os fatores de risco que possam ter para o câncer de colo de útero. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico são registrados em um livro de registro e prontuário clínico. Temos um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados (número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área 787, com uma cobertura de um 100%) e é revisado periodicamente, com uma frequência mensal, com a finalidade de verificar mulheres com exame de rotina em atraso, verificar mulheres com exame alterado em atraso, verificar complemento de registro, avaliar a qualidade do programa, tudo isso é realizado por uma enfermeira e/ou o médico da família.

Os indicadores de qualidade se comportaram da seguinte forma: exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia 769 (98%), exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso 156 (20 %), exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado 11 (4 %), avaliação de risco para câncer de colo de útero 700 (89 %), orientação sobre prevenção de CA de colo de útero 780 (99 %), orientação sobre DST's 780 (99 %). Exames coletados com amostras satisfatórias 769 (98%), exames coletados com células representativas da junção escamocolunar 769 (98%).

A UBS faz atividades com grupos de Mulheres em outros espaços comunitários, onde participam todos os profissionais de equipe. Os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo de útero é a enfermeira em conjunto com o médico da família. Outro problema encontrado foi que não existe um profissional que faz avaliação e monitoramento do programa; questão que foi analisada na reunião da equipe onde se fez um acordo de criar um grupo responsável pelo mesmo.

Nossa equipe trabalha mais em ações programáticas de promoção para conseguir que todo o exame citopatológico para câncer de colo uterino sejam realizado a tempo, e todos os profissionais da equipe estão sensibilizados com o problema e trabalhamos em conjunto para isso.

Nossa UBS também leva com muita dedicação o programa do Câncer de Mama, se fazem ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, sobre os efeitos e malefícios do consumo de álcool. São realizadas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do Câncer de Mama, ações de rastreamento, o qual acontece uma vez por semana, no turno da manhã, existem mulheres fora da área de cobertura na UBS, as ações de rastreamento do Câncer de Mama são realizadas pelo médico da família, enfermeira e ACS. O tipo de rastreamento utilizado é Organizado. Não existem protocolos do Câncer de Mama na UBS.

A estimativa do CAP para mulheres entre 50 e 69 anos é de 294 usuárias. O total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama são 289 (98%). Quanto aos indicadores de qualidade apresentamos: mamografia em dia 260 (90 %), mamografia com mais de 3 meses em atraso 29 (10 %), avaliação de risco para câncer de mama 260 (90 %), orientação sobre prevenção do câncer de mama 260 (90%), Ainda assim, necessitamos intensificar as ações de divulgação da importância da detecção precoce destas patologias.

Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o Câncer de Mama em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento na UBS. Os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados no livro de registro, prontuário clínico, não temos arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia. Existem profissionais como as enfermeiras, assistente social,

médico da família e psicólogo, que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do Câncer de Mama, os quais fazem reuniões, com uma frequência quinzenal.

Nossa equipe trabalha fazendo ações educativas para a prevenção desta doença, sobre tudo na detenção dos fatores de risco, são feitas muitas atividades educativas onde participam todos os profissionais da UBS, até conseguirem que todas as mulheres da nossa área de abrangência realizem a mamografia a tempo, já que o diagnóstico precoce da doença tem um melhor prognóstico e qualidade de vida da usuário. No mês de Outubro, se faz uma atividade de promoção de saúde chamada “Outubro Rosa”, onde teremos muitas atividades educativas e examinaremos as mulheres de nossa comunidade. Além disto e muito importante continuar o nosso trabalho no dia a dia aumentando as ações para prevenir tão importante doença.

Na nossa UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e Diabetes da área de cobertura, de controle do peso corporal, os usuários são orientados sobre os malefícios do tabagismo. A UBS realiza atendimento de adultos portadores de HAS duas vezes por semana, na segunda feira de tarde, na quarta-feira de manhã, os profissionais que participam do atendimento são a assistente social, enfermeiro, médico clínico geral, nutricionista, dentista, psicólogo, auxiliar de enfermagem.

Existem adultos fora da área de cobertura da UBS que também são atendidos. Após a consulta, o usuário sai da UBS com a próxima consulta agendada. Existe demanda de atendimento para problemas de saúde agudos na área de residência de cobertura da UBS, os usuários recebem atendimento para problemas de saúde agudo, não existe excesso de demanda. Uma das dificuldades encontradas foi a falta de protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS na UBS.

Na UBS são desenvolvidas ações para o cuidado dos adultos portadores de HAS como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Os profissionais de saúde utilizam a classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS.

Os profissionais da UBS não utilizam protocolos para regular o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional, ficha espelho de vacinas. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS. Os profissionais de saúde sempre explicam aos usuários como reconhecer sinais de complicações da HAS. Na UBS não

temos o Programa HIPERPEDIA do Ministério da saúde.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de adultos com HAS, na associação de bairro/comunitária, os profissionais que participam nestas atividades de grupos de adultos com HAS são Assistente Social, Enfermeiro, Médico geral, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Auxiliar de enfermagem. Os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS são o médico geral e o enfermeiro.

Nossa UBS tem um total de 540 usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, atualmente nosso cadastro registra uma cobertura de 85%, porém sabemos que esta desatualizado e os usuários estão apenas cadastrados, sem acompanhamento regular e sistemático na unidade de saúde. Segundo o CAP a estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais na área de abrangência é de 639, temos um total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS de 540 para um 85%. Quanto aos indicadores de qualidade, obtivemos os seguintes resultados: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 476 (88%); atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 64 (12%), exames complementares periódicos em dia 469 (87%), orientação sobre prática de atividade física regular 476 (88%), orientação nutricional para alimentação saudável 476 (88%), avaliação de saúde bucal em dia 460 (85%).

Nossa UBS realiza atendimento de adultos portadores de Diabetes, duas vezes por semana, na terça de manhã, na quinta de tarde, não temos adultos com esta doença fora da área de cobertura. Os profissionais que participam do atendimento são Assistente Social, enfermeiro, médico da família, nutricionista, dentista, psicólogo, auxiliar de enfermagem. Após a consulta o usuário sai com a próxima consulta programada. Não temos demanda de adultos para atendimentos de problemas de saúde agudo devido a Diabetes. É utilizado o protocolo de atendimento para usuários portadores de DM, feito pelo Ministério de Saúde, o qual é utilizado pelo enfermeiro e médico da família, os protocolos utilizados são encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto atendimento e para atendimento em pronto socorro.

Nossa UBS faz ações para o cuidado dos adultos portadores de Diabetes, como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Os atendimentos dos adultos com Diabetes são registrados em prontuário eletrônico, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional, ficha espelho de

vacinas. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com Diabetes. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de adultos, onde se explicam como reconhecer sinais de complicações do Diabetes, estes são feitos na associação de bairro/ comunitária, pelo assistente social, enfermeiro, médico da família, nutricionista, psicólogo, auxiliar de enfermagem, farmacêutica, os mesmos também se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações.

Segundo o CAP a estimativa de diabéticos com 20 anos ou mais na área de abrangência é de 182. Na UBS temos um total de pessoas portadoras de diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS de 89 para um 49 %. Os indicadores de qualidade se comportaram da seguinte forma: com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 80 (90 %), com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 9 (10 %), com exames complementares periódicos em dia 80 (90 %), com exame físico dos pés nos últimos 3 meses 80 (90%), com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses 80 (90%), com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses 80 (90%), com orientação sobre prática de atividade física regular 80 (90%), com orientação nutricional para alimentação saudável 80 (90%), com avaliação de saúde bucal em dia 76 (85%).

Nossa equipe tem que trabalhar mais na captação de usuários com esta doença, pois temos um número de usuários de acordo com a estatística que não estão diagnosticados assim como aqueles com fatores de risco. E quanto as ações programáticas o médico da atenção primária e o principal precursor na realização das ações de prevenção e promoção com estes grupos, é importante a educação dos usuários quanto a sua doença, os principais sintomas, as complicações que podem aparecer, a importância do tratamento não só medicamentoso, mais também não medicamentoso como a dieta, prática de exercícios físicos , evitar estresse , trocar modos e estilos de vida não saudáveis, eliminar hábitos tóxicos como tabagismo, álcool , importância da assistência a consulta para evitar que se realizem sem atraso e avaliação da saúde bucal em dia aos usuários portadores de DM.

Na minha UBS o idoso tem prioridade para o atendimento, o qual é feito todos os dias da semana, em turnos programados, existem idosos fora da área de cobertura que realizam atendimento na UBS, os profissionais que participam são assistente social, enfermeiro, médico da família, nutricionista, dentista, psicólogo e auxiliar de enfermagem. Após a consulta, o idoso sai com a próxima consulta agendada. Além das consultas programadas existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, na área de residência de cobertura da UBS. Existe oferta de atendimento

para idosos com problemas de saúde agudo. Não existe excesso de demanda de idosos para atendimentos de problemas de saúde agudos.

Não existe protocolo de atendimento para idosos na UBS, assim como para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, questão está que foi analisada e discutida com a equipe pois é a ferramenta principal de guia nas ações e condutas médicas. As ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos idosos são imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo. Não temos arquivos específicos para os registros do atendimento dos idosos, portanto é difícil procurar dados como agora e levar controle de todos os idosos e suas características particulares.

Os profissionais de saúde da minha UBS avaliam a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico assim como explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão.

Existe caderneta de saúde da pessoa idosa na UBS, a qual é solicitada pelos profissionais nos atendimentos para preencher as informações atuais, os responsáveis são o médico a enfermeira, ACS. A equipe realiza atividades com grupos de idosos uma vez ao mês na associação bairro comunidade e em outros espaços comunitários com uma participação de mais de 90%.

Os profissionais da UBS realizam cuidado domiciliar aos idosos, existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam destes cuidados e os atendimentos são feitos pelo médico da família, enfermeira e ACS, os quais se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos. As fontes de dados utilizadas para avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos são SIAB e prontuário.

O total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 390 que representa 100%. Quanto aos indicadores de qualidade, obtivemos os seguintes resultados: caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 350 (90 %), realização de Avaliação Multidimensional Rápida 339 (87 %), acompanhamento em dia 350 (90 %), Idosos avaliados quanto a hipertensão arterial sistêmica 346 (89 %) e Diabetes mellitus 34 (9%), Avaliação de risco para morbimortalidade 350

(90%). Investigação de indicadores de fragilização na velhice 350 (90 %). Orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 350 (90 %). Orientação para atividade física regular 350 (90 %). Avaliação de saúde bucal em dia 340 (87 %).

Nossa equipe está trabalhando nos atendimentos agendados destes usuários para ter melhor controle nos indicadores de fragilização, temos que fazer um arquivo específico dos atendimentos nas consultas para ter um bom sistema de dados destes usuários e por avaliar usuários faltosos, complemento do registro, idosos de risco, qualidade do atendimento e procedimentos em atrasos. Intensificar as atividades de grupo com todos os profissionais do posto para reforçar a assistência as consultas agendadas e o preenchimento das cadernetas assim como a avaliação geral desta faixa etária. Continuar fazendo os atendimentos domiciliares aos usuários que precisem assim como as visitas planejadas, trabalhar com os protocolos de atendimento. Todos trabalhando juntos podemos fazer muitas ações para melhorar o atendimento a saúde deste grupo de pessoas que precisam de um atendimento diferenciado.

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

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

Comparando o primeiro texto da situação da minha UBS e o presente relatório, percebe-se as mudanças que minha unidade básica de saúde apresentou. Agora na medida em que foram preenchidos os questionários temos um texto mais completo, minucioso que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela minha equipe no trabalho do dia a dia. De forma geral, durante este período, os aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, abordados e levados à comparação com os cadernos de ações programáticas. Temos muitos desafios e objetivos para enfrentar ainda, como oferecer uma atenção com melhor qualidade, aumentar a captação de usuários com doenças de Hipertensão Arterial e Diabetes, principalmente para conseguir mudanças em função da saúde da população, vamos trabalhar com muito esmero daqui em diante para elevar os

indicadores.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa.

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise.

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado a dislipidemia, a hipertensão arterial e a disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida (International Diabetes Federation, 2012). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2011), mostram que a prevalência de diabetes auto referida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (Sociedade Brasileira de Cardiologia 2010). A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a

maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Aqui no Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte (Willians , 2010).

A estimativa do número de Hipertensos com 20 anos de idade são de 540 usuários, com uma cobertura de 85%, seguem o caderno de ações programáticas residentes na área e acompanhados na UBS, temos um número oculto de usuários sem diagnóstico. Referente ao Diabetes Mellitus no Caderno de Ação Programática, temos uma estimativa de 89 usuários para um 49%. Nossa UBS realiza ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e Diabetes da área de cobertura, de controle do peso corporal, os usuários são orientados sobre os malefícios do tabagismo.

Na UBS não temos o Programa HIPERPEDIA do Ministério da saúde. Existe demanda de atendimento para problemas de saúde agudos na área de residência de cobertura da UBS, os usuários recebem atendimento para problemas de saúde aguda, de HAS/Diabetes, não existe excesso de demanda. Uma das dificuldades encontradas foi a falta de protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS na UBS.

As principais dificuldades/limitações existentes em minha UBS com respeito ao projeto é a locomoção da equipe para a realização das visitas domiciliares, pois o município tem uma grande área de extensão territorial.

Outra dificuldade será a adesão dos usuários que moram em localidades distantes da sede municipal. Apesar dessas possíveis dificuldades, há vários aspectos que viabilizará a implementação desta intervenção como o apoio do município, que tem uma visão mais centrada na prevenção das doenças e promoção da saúde. Desta forma, o desenvolvimento deste projeto é fundamental para a melhoria da qualidade da atenção básica em saúde do município. Acredita-se que o programa terá uma boa aceitação da população, pois algumas ações que já são desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde tem boa adesão. Temos a meta de elevar os indicadores de qualidade a 100%, vincular os portadores desses agravos a UBS, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mudar hábitos e estilos de vida, oferecer orientação de hábitos alimentares saudáveis, obter o controle do peso corporal, com o estímulo a prática regular da atividade física e, assim, efetivar os princípios do SUS da integralidade e da universalidade.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Ampliar a cobertura do programa de atenção a hipertensos e diabéticos na unidade de ESF de São Jorge, no Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos Específicos e Metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% 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 100% 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 12 semanas na UBS São Jorge, no município de São Jorge /RS. Participarão da intervenção todos os usuários adultos portadores HAS e/ou DM residentes na área de abrangência da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO 1: Cobertura. Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS. **Detalhamento:** O monitoramento do número de usuários cadastrados no Programa será feito com a implantação da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD) que permitirá comparar os usuários cadastrados no programa com o cadastro da UBS e com o indicador de cobertura segundo a estimativa do Caderno de ações programáticas.

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. **Detalhamento:** Cada usuário hipertenso ou diabético em cada consulta ficará registrado ou verificado seu registro na FAHD pela enfermeira da ESF e após o preenchimento ou verificação passará para a consulta.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM. **Detalhamento:** O acolhimento destes usuários será diferenciado, na sala de espera serão projetados vídeos com informações importantes sobre estas duas doenças, assim como atividades de promoção e educação em saúde.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste. **Detalhamento:** Já estão garantidos todos os materiais necessários para a tomada da PA e a realização do teste de glicose.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM. **Detalhamento:** Será criado um espaço na rádio comunitária com uma periodicidade quinzenal, onde os Gestores municipais junto com os membros da ESF informarão à toda a população, sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM e suas principais características.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; assim como, os fatores de risco para o desenvolvimento

de hipertensão e diabetes. **Detalhamento:** Será confeccionado um folder com dicas de saúde, que entre outros temas abordarão a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; assim como os fatores de risco. No mesmo programa na rádio, a ESF orientará a toda a população sobre os temas mencionados anteriormente. Durante o acolhimento dos usuários na sala de espera serão projetados vídeos sobre os aspectos já mencionados. Durante o acolhimento dos usuários na sala de espera serão feitas atividades de educação em saúde relacionadas com estes temas.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS. **Detalhamento:** Está sendo elaborado em conjunto com a Secretária de Saúde, um plano de capacitação com todos os aspectos relacionados com o projeto, que inclui a capacitação de todos os profissionais da saúde do posto, e os membros da ESF, o que será feito com uma periodicidade semanal ou quinzenal segundo o volume do plano e o tempo disponível.

Ação: Capacitar a ESF para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. **Detalhamento:** Como já foi mencionado, será executado um plano de capacitação para todos os membros da ESF, que inclui entre outros, os relacionados com a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

OBJETIVO 2: Qualidade. Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. **Detalhamento:** O monitoramento da realização do exame clínico apropriado será feito com a implantação da FAHD, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais que permitam um maior controle.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada no protocolo adotado na UBS. **Detalhamento:** Para este monitoramento será usada a FAHD marcando a data de realização de cada exame.

Ação: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos. **Detalhamento:** Na capacitação sobre o tratamento da HAS e o DM, será indicada a necessidade de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para estes usuários.

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

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a FAHD com o item “Necessidade de atendimento odontológico” acrescentado.

Ação: Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. **Detalhamento:** Na capacitação sobre exame clínico da HAS e o DM serão definidas as atribuições de cada membro da ESF.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, estabelecendo a periodicidade para atualização dos profissionais. **Detalhamento:** Estão sendo planejadas todas as capacitações nos diferentes temas do projeto de intervenção.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na UBS. **Detalhamento:** Já disporemos da versão atualizada e impressa do protocolo para HAS e DM na UBS.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares. **Detalhamento:** são garantidas sem dificuldades a solicitações dos exames complementares para os usuários hipertensos e diabéticos na UBS.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. **Detalhamento:** A agilidade na realização dos exames complementares será garantida pela Secretária de Saúde com a realização de cerca de 2 meses da maioria dos exames complementares comuns na própria UBS, 1 vez por semana.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. **Detalhamento:** O GMA será o encarregado de monitorar e alertas sobre os exames complementares preconizados.

Ação: Realizar controle de estoque de medicamentos, incluindo validade. **Detalhamento:** Será realizado o controle do estoque de medicamentos 1 vez por mês, incluindo validade.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. **Detalhamento:** Será mantido o registro atual das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, organizando a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos usuários provenientes da avaliação de necessidade de atendimento odontológico. **Detalhamento:** Está sendo organizada a agenda de saúde bucal com os odontólogos da ESF para a realização do atendimento dos usuários provenientes da avaliação de necessidade deste tipo de atenção.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e

neuroológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. **Detalhamento:** Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como, outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados. **Detalhamento:** Serão orientados tanto os usuários como toda a comunidade, sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como, outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. **Detalhamento:** serão orientados tanto os usuários como toda a comunidade sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. **Detalhamento:** Serão orientados tanto os usuários como toda a comunidade, sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. **Detalhamento:** Será capacitada toda a ESF sobre a realização de exame clínico apropriado.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. **Detalhamento:** Será capacitada toda a ESF sobre a solicitação de exames complementares segundo o protocolo adotado na UBS.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. **Detalhamento:** Será capacitada toda a ESF sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3: Adesão. Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo da UBS. **Detalhamento:** Para este monitoramento será usada a FAHD com o item “Consultas Programadas” acrescentado.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. **Detalhamento:** Se realizarão com uma periodicidade de 3 vezes por semana visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. **Detalhamento:** Será organizada a agenda para que permita acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas assim como a periodicidade preconizada para a realização destas. **Detalhamento:** Serão orientados, tanto os usuários como toda a comunidade, sobre a importância da realização das consultas médicas mesmo com a periodicidade estabelecida, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários.

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade. **Detalhamento:** Será capacitada toda a ESF sobre como realizar a orientação de hipertensos e diabéticos quanto às consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Registro. Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS. **Detalhamento:** Será criado um grupo de monitoramento das ações do Programa de Atenção à HAS e à DM na Unidade de Saúde (GMA), que estará encarregado de revisar os prontuários e outros documentos para garantir a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas. **Detalhamento:** O GMA será o encarregado de monitorar que as informações do SIAB se mantenham atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento. **Detalhamento:** Será implantada a FAHD, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais que permitirão um maior controle.

Ação: Definir o responsável pelo monitoramento dos registros. **Detalhamento:** Junto com a criação do GMA será definido o responsável do grupo.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quando exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, e a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. **Detalhamento:** O GMA será o encarregado de alertas à ESF quando exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. **Detalhamento:** Serão orientados tanto os usuários como toda a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético. **Detalhamento:** Será capacitada toda a ESF sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Objetivo 5: Avaliação de risco. **Ação:** Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. **Detalhamento:** Para este monitoramento será usada a FAHD com o item “Estratificação de risco Cardiovascular” acrescentado.

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco organizando a agenda para o atendimento desta demanda. **Detalhamento:** Será organizada a agenda de turnos para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Ação: Orientar os usuários sobre seu nível de risco e toda a comunidade, quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, assim como à importância do acompanhamento regular. **Detalhamento:** Serão orientados tanto os usuários como toda a comunidade, sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA.

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham

ou de lesões em órgãos alvo e nas estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Será capacitada toda a ESF sobre como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e nas estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promoção da saúde. **Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: o GMA será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à HAS e à DM na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, envolvendo nutricionistas nesta atividade. **Detalhamento:** Serão realizadas as práticas coletivas com os grupos HIPERDIA com atividades sobre alimentação saudável, envolvendo nutricionistas nestas atividades.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, demandando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. **Detalhamento:** Serão realizadas as práticas coletivas com os grupos HIPERDIA com atividades sobre orientação de atividade física, demandando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". **Detalhamento:** Já foi comprado e está em andamento um grupo para abandono do tabagismo na UBS com resultados muito bons.

Ação: Orientar hipertensos, e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal. **Detalhamento:** Serão orientados tanto os usuários, familiares, como toda a comunidade sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA.

Ação: Capacitar à ESF sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas e as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal. **Detalhamento:** Será capacitada toda a ESF sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários

tabagistas e as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% 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 100% 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 4: 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 realizar a intervenção a nossa equipe vai adotar como Protocolo os Caderno n 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013. Utilizaremos a ficha dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na minha área de abrangência e a ficha espelho disponíveis no município. As ações de cobertura são: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos, cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Para esta ação o médico e as enfermeiras do posto farão o registro com o cadastramento semanal de captações de novos usuários hipertensos e diabéticos.

Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotados pela equipe serão: Prontuários individual, Ficha-espelho (individual) ,Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal.

Será feito na unidade, semanalmente o registro para captações novas de HTA e DM e com a ficha espelho de todos os usuários já cadastrados. Assim ficará mais organizada a quantidade de

hipertensos e diabéticos cadastrados por mês. Com isso, temos a vantagem de qualificar a equipe que serve de guia para disponibilizar os recursos para o desenvolvimento do trabalho. No caso dos usuários diabéticos e hipertensos a ficha de atendimento individual não registra informações sobre acompanhamento de saúde bucal, avaliação do risco cardiovascular, sobre pulsos periféricos, avaliação nutricional, é muito importante para este grupo de usuários o exame dos pés para avaliar o risco de apresentar pé diabético, que é uma das complicações mais frequentes nestes usuários. Para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, a recepcionista e a enfermeira do posto serão encarregadas de desenvolver esta ação, para os usuários da minha UBS com estas doenças, o lugar de realizar é no posto de saúde, mensalmente usando como guia a planilha eletrônica de usuários cadastrados. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos para identificar aqueles que estão com consultas em atraso, exames clínicos e complementares em atraso, estratificação de risco cardiovascular, se receberam orientações sobre alimentação saudável, atividade física, riscos de tabagismo e higiene bucal, entre outros.

Os Agentes Comunitários de Saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso, informados pela enfermeira semanalmente e agendará o usuário para a sua próxima consulta para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha de acompanhamento serão consolidadas na planilha eletrônica. A enfermeira da ESF será também a responsável pela avaliação da qualidade dos registros das informações no prontuário eletrônico e os outros registros utilizados no projeto, identificando também os usuários com necessidades de atendimento odontológico. Verificará no cadastro da Farmácia Popular o acesso dos usuários aos medicamentos, e realizará o controle dos estoques de medicamentos indicados no tratamento da HAS e DM.

A médica planejará todas as atividades dos grupos HIPERDIA. Temos como meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, por isso vamos monitorar mensalmente nos arquivos assim como o livro que vamos criar, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular. Os responsáveis vão ser a médica, a enfermeira e a diretora da UBS, onde vamos marcar no livro e refletir no prontuário aqueles usuários hipertensos e diabéticos que estão cadastrados e recebem medicamentos da farmácia popular, além do medicamento de HIPERDIA, que fornece a gestão municipal.

No que refere à gestão dos serviços, vamos realizar o controle de estoque (incluindo validade)

de medicamentos, colocando os medicamentos de HIPERDIA que fornece a secretaria municipal de saúde num armário especificamente para estes fins, dito armário vai ser providenciado pela prefeitura municipal a qual ficou comprometida com essa petição.

Além disso, na sala de espera serão projetados vídeos com informações importantes sobre HAS e DM, e desenvolvidas atividades de promoção e educação em saúde. Serão pautado com o gestor municipal, os materiais necessários para garantir a tomada da PA e a realização do hemoglicoteste, agilidade para a realização dos exames definidos pelo protocolo, assim como coordenar parcerias com outras instituições para envolver nutricionistas e educadores físicos nas atividades com os grupos HIPERDIA. Para orientar a comunidade faremos contato com a associação de moradores para apresentar o projeto de intervenção para a comunidade, esclarecendo a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, a importância do rastreamento para DM, entre outros. Além disso, será criado um espaço na rádio comunitária com uma periodicidade quinzenal, onde os membros da ESF informarão para toda a população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e suas principais características. Também será confeccionado um folder com dicas de saúde sobre estas duas doenças, assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

É importante monitorar a realização e a orientação de atividade física regular de hipertensos e diabéticos, da orientação sobre riscos de tabagismo e orientação nutricional. Para isso, o médico e a enfermeira do posto farão atividades de monitoramento através das pesquisas de HGT e valores da PA no posto de saúde antes das atividades do grupo serão feitas estas pesquisas. Além disso, as ACS farão pesagem de todos os usuários para poder avaliá-los nutricionalmente. Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável.

As equipes do posto farão atividades semanais com estes usuários sobre alimentação saudável, orientando eles e os familiares sobre a importância de uma boa alimentação. Para isso, o médico do posto, a enfermeira e as ACS farão diversas atividades de grupo, e visitas domiciliares junto com as ACS. Capacitar a equipe de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Para todas estas ações, o médico e a enfermeira do posto utilizarão a ficha espelho e vão elaborar uma ficha complementar, já que a ficha espelho não contém todos os dados. Estimamos alcançar com esta intervenção, todos os diabéticos e hipertensos cadastrados no posto de saúde e para isto, faremos contato com o gestor municipal para dispor de todas as fichas espelho necessárias dos hipertensos e diabéticos e para imprimir todas as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram discutidas com toda a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação prévia da ESF para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A capacitação ocorrerá na UBS, reservando 1 hora semanal de cada sexta feira no horário de 4: 00 a 5: 00 da tarde. Na capacitação, cada membro da ESF estudará previamente uma parte do protocolo e exporá aos outros membros da equipe. No final serão tiradas as dúvidas em relação aos diferentes temas abordados em cada seção. Além disso, se estabelecerá uma periodicidade mensal para atualização dos profissionais da ESF. A equipe encontra-se engajada e motivada com a intervenção. E contamos para a logística com o apoio da secretaria de Saúde, do Conselho de Saúde Municipal e com a Prefeitura.

Monitoramento e atualização da ficha de atendimento.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.		X				X				X		
Reunião com ESF para avaliação das atividades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião da ESF, gestão e lideranças para avaliação final.												X

Quadro 1. Cronograma da Intervenção, São Jorge, RS, 2015.

3 Relatório da Intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas:

De acordo com o cronograma a maioria das ações previstas no projeto foram desenvolvidas em sua totalidade, a primeira atividade desenvolvida no início da semana com uma continuidade semanal eram as reuniões de equipe com o objetivo de planificar o trabalho da semana, definir as atribuições de cada profissional e discutir as dificuldades apresentadas no transcurso da intervenção, assim como a capacitação da equipe. Entre os temas que foram debatidos e estudados estão: o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, correto preenchimento de caderneta de saúde, acolhimento, políticas nacionais de humanização, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, orientações sobre a importância do trabalho que estamos fazendo, organização dos agendamentos das visitas domiciliares para busca ativa de usuários faltosos a consulta, e avaliação da saúde bucal.

A equipe mostrou-se entusiasmada com o projeto e, tanto os ACS, como as técnicas de enfermagem, tiveram uma participação ativa e participativa na capacitação que foi realizada pelo enfermeiro e pelo médico, para isso foram utilizados materiais tais como computador, papel, caneta, esfigmomanômetro, entre outros. Acredito que foi muito útil, pois nos sentimos responsáveis pela atividade e com ela foi possível ensinar aos ACS e as técnicas de enfermagem a realizarem algumas atividades na execução do exame clínico assim como o cadastramento dos usuários pertencentes à população alvo. As técnicas de enfermagem participaram do exame físico, como foi planejado, e realizaram palestra na sala de espera, além disso foram projetados vídeos com informações importantes sobre estas duas doenças, entrega de folder com dicas de saúde, assim como atividades de promoção e educação em saúde.

Tivemos vários encontros com a participação do médico, Psicóloga, Nutricionista e ACS com os grupos de hipertensos e diabéticos, entre os temas que foram abordados estão: hábitos alimentares

saudáveis, a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, importância de cumprir com o tratamento assim como com a assistência á consultas marcadas, importância da aceitação destas doenças pelo usuário, conscientizando-se dos cuidados a ter sem interferir em sua vida diária, sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como fatores precipitantes para aparição das complicações em órgãos alvo e sua importância na prevenção destes. Foram orientados sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso. Percebemos que os usuários e familiares ficaram muito atenciosos durante as atividades realizadas, perguntaram dúvidas, e agradeceram pelo apoio da equipe da saúde e atenção brindada.

Nas primeiras semanas da intervenção os dias planejados para os atendimentos para a população alvo eram as terças feiras, no turno da manhã e na quarta-feira no turno da tarde com cobertura de 15 atendimentos, motivo que dificultou o cadastramento destes usuários pois tinham que agendar as consultas em horários específicos , mas uma vez identificado esta dificuldade e analisada pela equipe em conjunto decidimos que as consultas aos hipertensos e diabéticos seriam a livre demanda, todos os dias da semana , em nossa rotina diária de trabalho, onde tivemos resultados muito satisfatórios aumentando a cobertura de atendimentos. Além disso, haviam usuários que trabalhavam todo o dia e não conseguiam ir a consulta no horário que a unidade está aberta, motivo pelo qual em conjunto com a equipe acordamos abrir a unidade no sábado a cada dois meses , para atender exclusivamente essa população, atividade que foi feita sem dificuldade, com uma participação muito ativa destes usuários. Na maioria dos usuários foi realizado o atendimento clínico, com exame clínico em dia de acordo com protocolo, com exames complementares em dia, quase todos tomam medicamentos e são da lista do hiperdia, tem registro adequado na ficha do acompanhamento, é a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia.

Em todas as consultas os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, além da maioria deles que foram avaliados quanto a necessidades de atendimento odontológico. As ACS participaram na busca ativa de hipertensos e diabéticos e a busca ativa de faltosos a consulta.

Também tivemos no transcurso destas semanas contato com representantes da comunidade e gestor, onde falamos sobre a importância da atenção e a qualidade da saúde dos usuários com HAS e

DM, solicitando apoio para estratégias que tem sido implementadas e pedindo seu apoio incondicional para em conjunto com os agentes de saúde aumentarem as buscas ativas dos usuários com HAS e DM faltosos a consulta assim como realizar atividades de educação em saúde com a participação dos usuários e comunidades. Se realizarem palestra na sala de espera, além disso, foram projetados vídeos com informações importantes sobre estas duas doenças, entrega de folder com dicas de saúde, assim como atividades de promoção e educação em saúde. Tivemos vários encontros na comunidade com a participação da médica, Psicóloga, Nutricionista e ACS com os grupos de hipertensos e diabéticos, entre os temas que foram abordados estão: hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, entre outros.

Aumentamos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, registrando-os em planilha de coleta de dados, o qual antes não existia em nossa Unidade Básica de Saúde o qual facilitara seu seguimento futuro. Melhoramos o registro das informações de cada usuário mediante o sistema E-SUS, o qual permite conhecer a história de seguimento de cada usuário, assim como cada procedimento feito.

Conseguimos orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular o qual teve bom resultado na elevação da percepção de risco das doenças. Esclarecemos aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação e atividade física). O que permitiu que muitos se incorporaram a realização de atividade física na academia do município, caminhadas no parque de rodeio, assim como consultas com a nutricionista do posto de saúde. Resgatamos os usuários que em ocasiões se tornaram faltosos na consulta, esclarecendo sobre a importância da periodicidade para a mensuração da pressão arterial e da glicose em usuários maiores de 18 anos, o qual favoreceu que muitos se incluíssem a nossa rotina de seguimento contínuo. E quanto a saúde bucal a maioria dos usuários foram avaliada, sem dificuldades, e orientados sobre adequada higiene bucal.

Percebemos o interesse dos usuários por participar nas diferentes ações, se sentem melhor atendidos, com um controle contínuo da pressão arterial e glicose, assim como o trabalho para evitar complicações a curto, médio e longo prazo. Os exames de seis em seis meses para os mais complicados o de um em um ano para os mais estáveis, são elementos incorporados a nosso dia a dia. As consultas com a nutricionista no posto, a realização de atividade física, de forma individual o com o grupo de idosos no posto, a participação em atividades de promoção de saúde, são elementos que estão incorporado a nosso trabalho diário no posto de saúde. Presentes antes do início de projeto

alguns deles, outros não, mais aperfeiçoados todos, favorecem hoje em dia que nosso enfoque de trabalho deste grupo seja muito melhor que etapas passadas. Não temos atividade planejadas que não sejam desenvolvidas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações planejadas no projeto não houve ações que foram planejadas e não desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados:

Quanto ao monitoramento da intervenção, ao começo da intervenção não tivemos dificuldades, contamos com as fichas espelhos em quantidade suficiente. Mas depois no transcurso terminou e tivemos dificuldades para adquiri-las. As fichas foram preenchidas pelo médico, no momento do atendimento, ação que não foi fácil nas primeiras semanas, mais agora já faz parte de nossa rotina. A planilha de coleta de dados é preenchida também pelo médico em outro momento, no próprio consultório, depois dos atendimentos com a ajuda das técnicas de enfermagem, e com o apoio dos prontuários dos usuários, e as fichas espelho. Temos disponibilizado em nosso ESF o protocolo de atendimento para os usuários hipertensos e diabéticos e isso tem auxiliado bastante todos os profissionais no desempenho das suas funções durante a intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços:

No projeto nos é permitido conhecer a profundidade das condições de vida dos usuários, o jeito como percebem a saúde, de como enfrentam suas doenças, a percepção de risco, o interesse que assumem antes de ter conhecimentos sobre a HAS e DM, e logo quando a equipe atua e desenvolve um seguimento educativo e científico.

Temos conseguido incorporar ao seguimento em consultas a muitos usuários que só compravam remédios nas farmácias populares, com tratamentos impostos por anos, sem serem avaliados de forma contínua. Usuários com vários fatores de risco como obesidade e sedentarismo que não conheciam seus pesos corporais ou índice de massas corporais. Que tendo a seu alcance uma nutricionista na UBS nunca receberam uma consulta, outros desconheciam a importância da saúde bucal. Usuários com tratamentos monoterapêuticos por mais de dez anos e com valores

alterados da pressão arterial e glicose. Muitos com glicômetro em casa mas sem conhecimentos para usá-los, para os quais capacitamos aos familiares e próprios usuários. Preconceitos das doenças, como por exemplo, só consumir os remédios quando se sentiam mal, alguns diziam que não podiam tomar os remédios todos os dias, pois logo o corpo se acostuma, ou que só vai ao médico quando precisa, a pressão está bem em casa e quando venho no posto ela fica ruim, etc.

Todos estes elementos são problemas que identificamos e temos modificado em nosso dia a dia, para o bem da população e sua saúde, e para a satisfação de um grupo de profissionais que trabalhamos com amor e respeito à profissão que escolhemos. Nesta etapa também aumentamos o número de visitas domiciliares, e consultas de seguimento planejadas no posto de saúde, assim como a busca ativa de usuários faltosos a consulta. O número de usuários encaminhados para atenção secundária de saúde por descompensação da HAS e DM, ou complicações causadas pelas mesmas. A população está satisfeita com o trabalho feito, reconhecem e agradecem as visitas a suas casas e o trabalho oferecido, falam que é muito importante para o município.

Nossa equipe manteve-se muito unida na realização das ações previstas do nosso projeto de intervenção, o que fortaleceu o nosso trabalho em equipe, posso afirmar que cada ação faz parte de nossa rotina diária. Mesmo que tenhamos finalizado a coleta de dados para o TCC, nossa intervenção não terminou, além de que não cumprimos com a meta proposta de cadastrar o 100 % dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes, consequência que atingimos e que no início os usuários tinham que agendar as consultas, o que dificultou o cadastramento dos mesmos, mas depois corrigimos.

Sendo assim, continuaremos com o acompanhamento necessário melhorando cada dia o atendimento neste grupo com muito mais qualidade para alcançar a meta proposta. Dentre os aspectos que melhoramos está a modificação no processo de trabalho da equipe, pois no atendimento para os usuários com Diabetes e Hipertensão ficou livre demanda. Os usuários tem um maior conhecimentos destas doenças e agora estão identificados com nossa UBS. Nossa equipe está muito satisfeita com o trabalho desenvolvido, pela primeira vez em nossa comunidade, foi realizado um projeto de intervenção com o grupo de Diabéticos e Hipertensos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados.

Depois de várias semanas do andamento do Projeto de Intervenção com o objetivo de Ampliar a Cobertura do Programa de Atenção de Hipertensos e Diabéticos, maiores de 20 anos, na Unidade de ESF de São Jorge, no Rio Grande do Sul, me disponho a fazer a descrição dos resultados obtidos durante este período.

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do programa de atenção a hipertensos e diabéticos na unidade de ESF de São Jorge, no Rio Grande do Sul.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Na área adstrita a Unidade Básica de Saúde, existem um total de população de 2860 usuários, estimativa de pessoas com 20 anos ou mais 2027, deles 540 hipertensos o que representa 85% de cobertura para os residentes na área da UBS e 89 diabéticos que representam 49% de cobertura para os residentes na área da UBS, esta porcentagem se refere a 182 pacientes diabéticos estimado por o caderno de ação programática, mais na realidade na minha UBS só temos captados 89 pacientes diabéticos. Nosso propósito foi de registrar o maior número de usuários com estas doenças, em um período de trabalho de 16 semanas, em que correspondia fazer o projeto de intervenção.

Referente a Hipertensão Arterial, no aspecto quantitativo, chegamos a um resultado de cadastramentos e avaliação de 397 usuários, o que representa 73% dos usuários, chegamos a avaliar mais da metade dos usuários com esta doença. No primeiro mês foram acompanhados 35 (6,5%) de hipertensos, no segundo mês foram 116 (30,7%) usuários hipertensos. Os que não conseguimos atender durante este período foi porque no início os atendimento das consultas eram agendadas o que limitou o número de consultas, mais isto foi corrigido no longo da intervenção, além disso o trabalho esforçado da equipe nesta etapa, junto ao trabalho desenvolvido em etapas anteriores, permitiu que chegássemos a estes resultados.

Referente ao Diabetes Mellitus, no aspecto quantitativo, conseguimos um resultado de cadastramento e avaliação de 82 usuários, o que representa uma cobertura de 92.1% dos usuários diabéticos, no primeiro e segundo mês foram acompanhados 14 (15,7%) e 44 (49,4%) usuários diabéticos, respectivamente. Conseguimos privilegiar com atendimento mais da metade dos usuários com esta doença, pois muitos destes também são hipertensos o que facilitou o cadastramento dos mesmos.

Aspectos quantitativos:

População maior de 20 anos 2027.

Estimativa de usuários com HA na área de abrangência 540.

Estimativa de usuários com DM na área de abrangência 89.

Usuários com HA cadastrados no projeto de intervenção (12 semanas) 397.

Usuários com DM cadastrados no projeto de intervenção (12 semanas) 82.

No reflexo da qualidade do processo de trabalho desenvolvido nesta etapa podemos ver nos aspectos qualitativos que cada um tem relação com objetivos, metas e indicadores do resultado obtido.

Aspectos qualitativos: Em nossa área de abrangência, 479 usuários foram registrados na tabela de coleta de dados, com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, ambas as doenças.

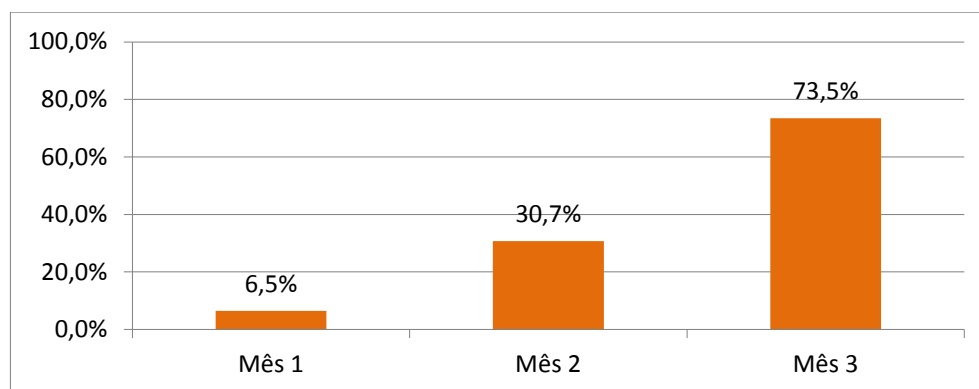


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS São Jorge, no Rio Grande do Sul.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

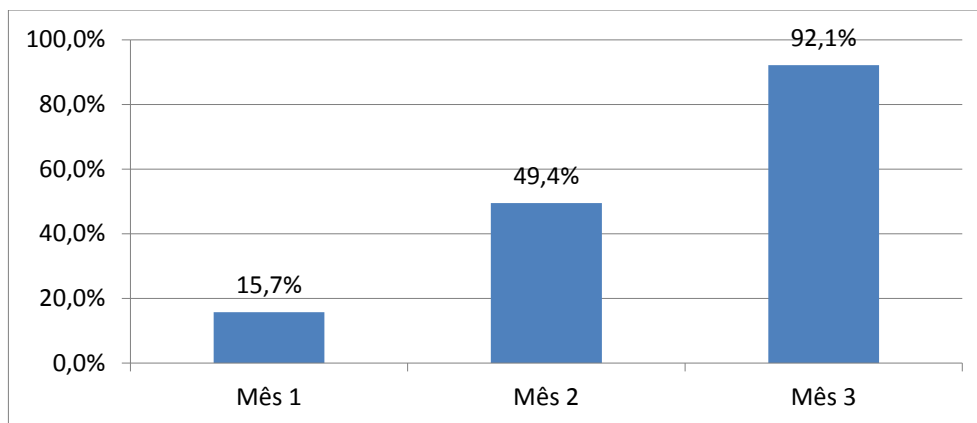


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS , São Jorge, no Rio Grande do Sul
Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

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

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

Exame clínico apropriado não foi possível realizar em todos os usuários durante a intervenção, pois tivemos dificuldades com oftalmoscópio (quebrou o equipo)para a realização de fundo do olho, motivo pelo qual os usuários forem encaminhados para avaliação por oftalmologista dificultando- se a realização deste exame. No primeiro mês foram 23 (65,7%) hipertensos que receberam o exame clínico, no segundo e terceiro mês foram 111 (66,9%) e 277 (69,8%) hipertensos, respectivamente. Podemos acompanhar a evolução do indicador na (figura 3). Embora as dificuldades encontradas podemos perceber que o indicador se mostra crescente, acompanhando o número de usuários acompanhados.

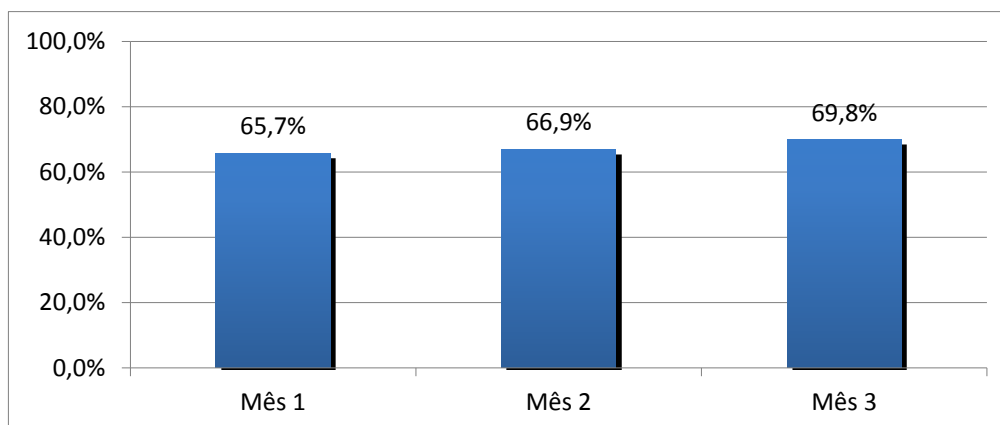


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

Para os usuários diabéticos o exame clínico foi realizado para 14 (71,4%) usuários no primeiro mês, no segundo mês aumentamos para 44 (77,3%) usuários diabéticos e fechamos o terceiro mês com 82 (81,7%) usuários diabéticos com exame clínico realizado (Figura 4).

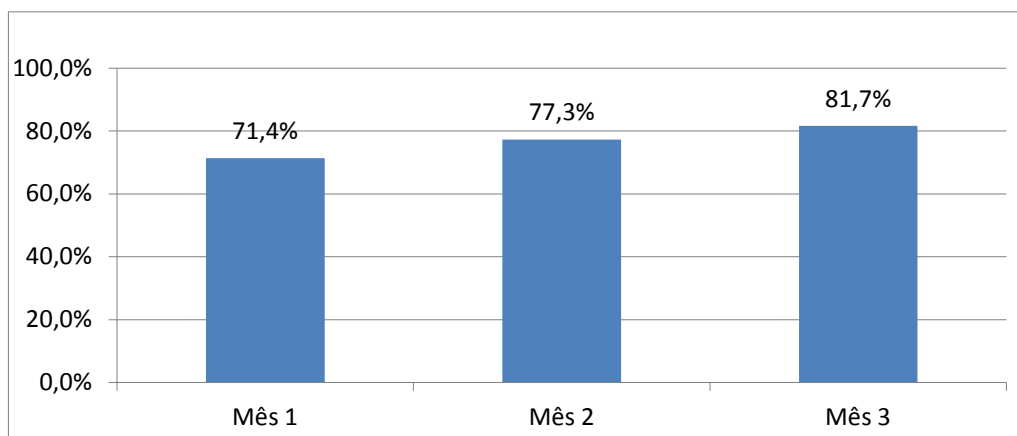


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

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

A realização de exames complementares não foi possível realizar em todos os usuários durante a intervenção, pois alguns deles tinham que pagar, e não contamos com ajuda da prefeitura para isto, motivo pelo qual existiu dificuldade. No primeiro mês foram 23 (65,7%) exames complementares, no segundo mês 121 (72,9%), no terceiro mês 311 (78,3%).

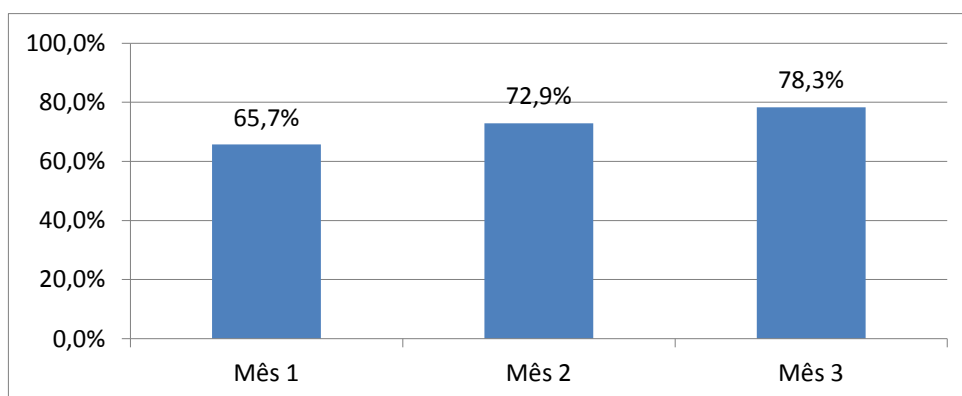


Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

A realização de exames complementares não foi possível realizar em todos os usuários diabéticos durante a intervenção, pois alguns deles tinham que pagar (microalbuminúrica, hemoglobina glicada) e não contamos com ajuda da prefeitura. No primeiro mês foram realizados 9 (64,3%) com exames complementares, no segundo mês 34 (77,3%), no terceiro mês 72(87,8%).

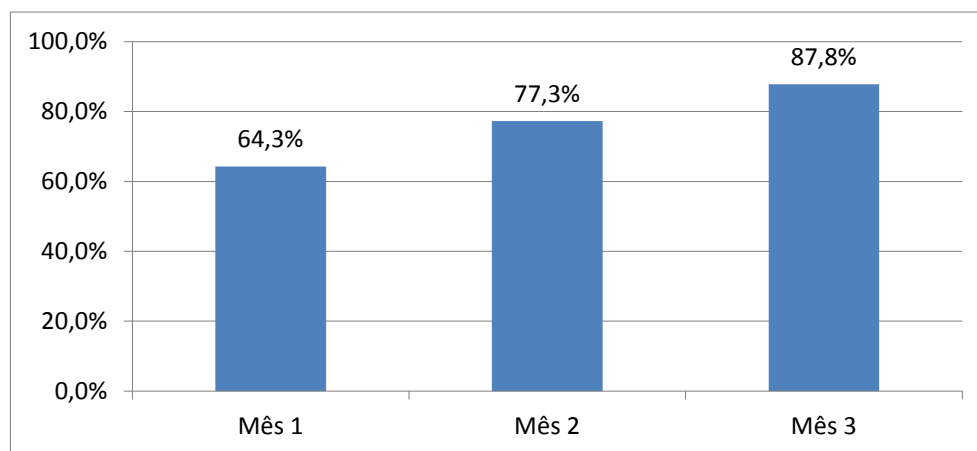


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

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

A prescrição de medicamentos da farmácia popular não foi possível indicar para o 100% dos hipertensos, pois tinham usuários com prescrições de outros especialistas (Cardiologista) e acompanhamento com os mesmos. No primeiro mês priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 35 hipertensos (100%), no segundo mês 149 (89,8%), no terceiro mês 336(84,6%).

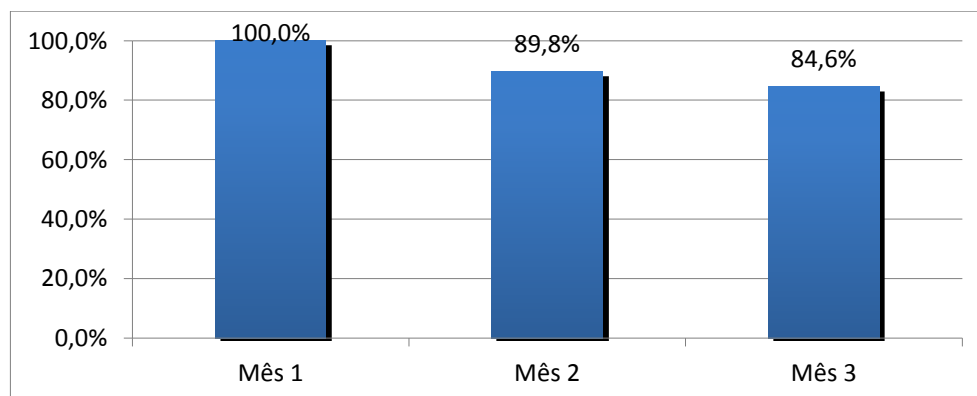


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular\Hiperdia priorizada.
Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

A prescrição de medicamentos da farmácia popular não foi possível indicar para o 100% dos diabéticos, pois tinham usuários com prescrições de outros especialistas e acompanhamento com os mesmos. No primeiro mês priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 14 diabéticos (100%), no segundo mês 42(95,5%), no terceiro mês 76(92,7%).

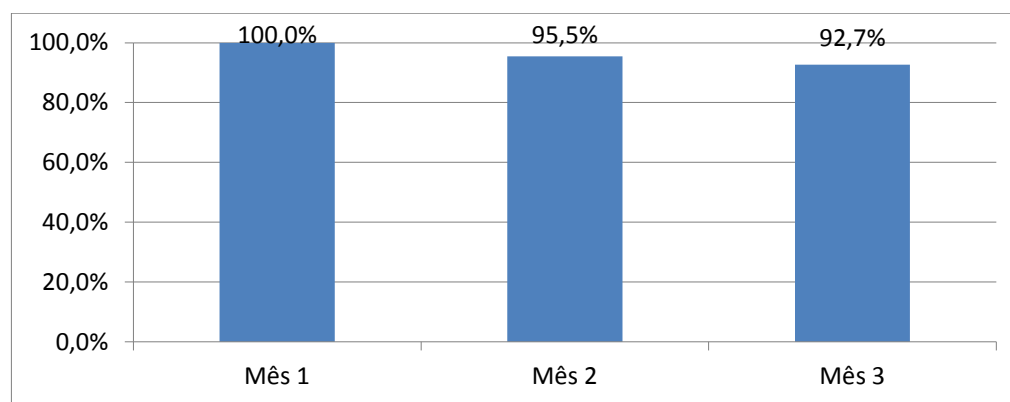


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular \ Hiperdia priorizada.
Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

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

Os usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico não todos puderam receber atendimento, pois a odontóloga realiza outras atividades fora da unidade de saúde, como atendimento nas escolas, o que dificulta o cumprimento de 100% desta meta. Reconhecemos a importância de realizar atividades fora da unidade, sabemos que as atividades preventivas e educativas junta a comunidade são essenciais, embora neste momento tenha comprometido o atendimento clínico de toda demanda da unidade. No primeiro mês tivemos 26 atendimentos odontológicos 74,3%, no segundo mês 124 (74,7%), no terceiro mês 281(70,8%).

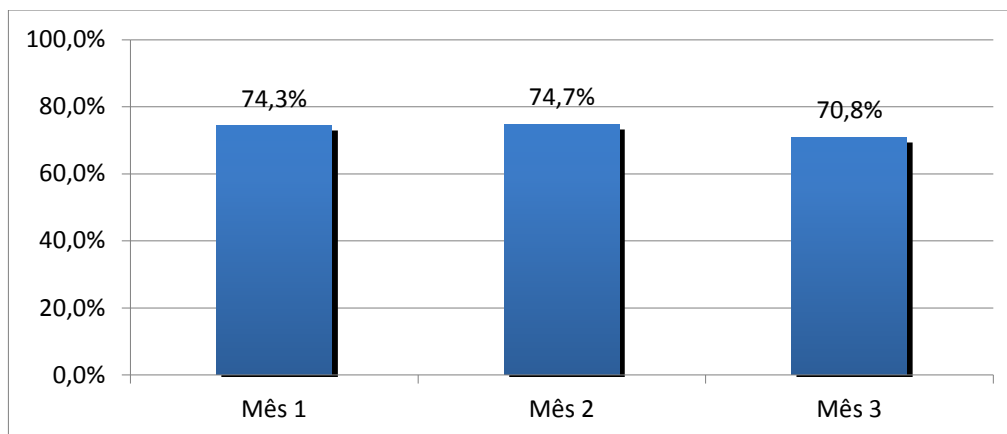


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

Os usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico não todos puderam receber atendimento pois a odontóloga realiza outras atividades fora do posto de saúde , como atendimento nas escolas , o que dificulto o cumprimento ao 100% desta meta . No primeiro mês tivemos 11 atendimentos odontológicos 78,6 % , no segundo mês 31 (70,5%), no terceiro mês 61(74,4%).

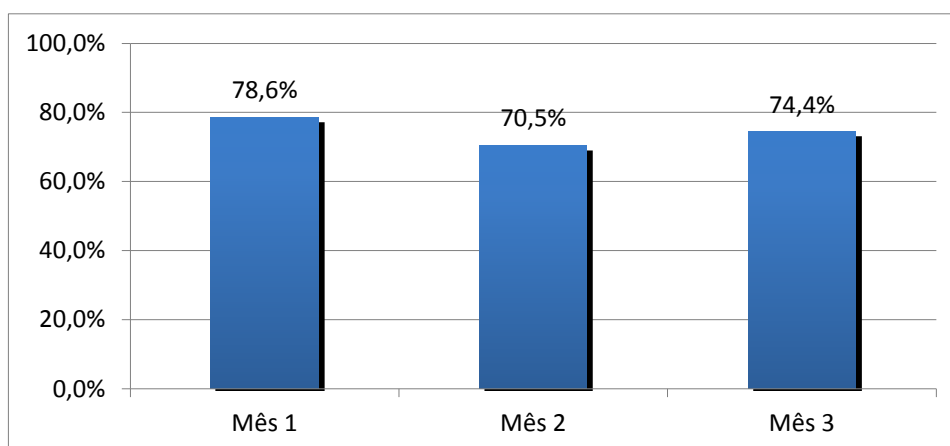


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

O projeto de intervenção melhorou sem dúvidas, a qualidade da atenção integral ao usuário com hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Conseguimos criar uma maior adesão as consultas a livre demanda assim como o seguimento aos usuários o qual favoreceu o aumentar os exames clínicos.

Aumentamos a realização de exames complementares e com isto o controle das doenças e os fatores de risco. Quanto aos remédios, conseguimos na totalidade dos usuários, pegarem ao menos um remédio, de hiperdia ou da farmácia popular, o qual favorece a economia dos usuários e favorece mediante a realização das receitas médicas a aquisição dos produtos, de um jeito organizado. Assim como o planejamento certo do pedido dos remédios por parte do serviço de farmácia do posto de saúde.

Objetivo 3 . Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa na UBS São Jorge.

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

A busca ativa aconteceu da seguinte maneira, no primeiro mês foram 12 usuários hipertensos faltosos, destes foram buscados 9 (75%) dos usuários faltosos. No segundo mês foram 57 faltosos e 52 (91,2%) buscas ativas e finalizamos o terceiro mês com 120 usuários faltosos e destes 114 (95%) foram buscados pelos ACS. A maioria destes usuários faltosos a consultas moram no interior dificultando- se o traslado dos mesmos.

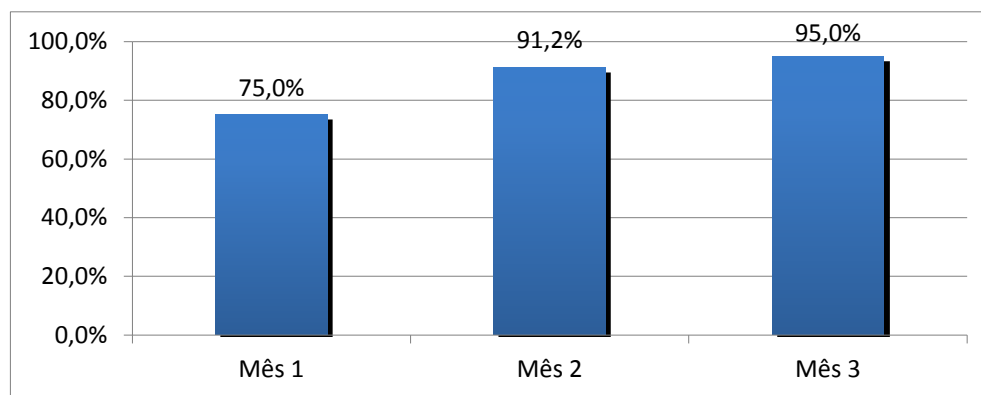


Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.
Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

Os usuários diabéticos faltosos foram buscados em 100% todos os meses, esta ação foi mais fácil de monitorar e realizar, pois são poucos os usuários, no primeiro mês foram apenas 4 diabéticos, no segundo e terceiro mês foram 10 e 15 respectivamente.

Este objetivo é muito importante, e na etapa planejada conseguimos inserir ao programa muitos usuários que não foram diagnosticados e que haviam abandonado o tratamento, incorporamos ao seguimento outros que por muito tempo tinham tratamentos inapropriados. Eliminamos preconceitos das duas doenças e muitos usuários, elevaram seus conhecimentos e percepção de risco.

Objetivo4. Melhorar o registro das informações na UBS São Jorge.

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

Ao início do projeto não tínhamos no posto de saúde nenhuma fonte de dados para desenvolver o trabalho. Só com as agentes de saúde desenvolvendo o recadastramento da população conseguimos elevar as informações dispomos agora de uma base de dados, a qual vai favorecer trabalhos posteriores. Ainda que o E-SUS também está ajudando para o seguimento de cada usuário, o qual deixa guardado a cada consulta, incluindo o tratamento e exames feitos. Por isto acreditamos que o registro de informações melhorou muito.

A pesar da secretaria de saúde comprometer- se em garantir ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos, faltaram, no primeiro mês tivemos 23(65,7), no segundo mês 110 (66,3%), no terceiro mês 278(70,0%).

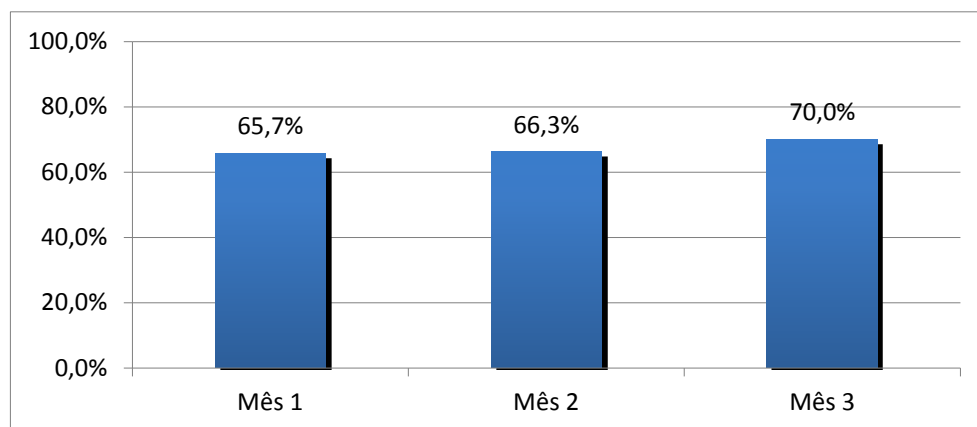


Figura 12: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

A pesar da secretaria de saúde comprometer- se em garantir ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos, faltarão, no primeiro mês tivemos 10 (71,4), no segundo mês 34 (77,3%), no terceiro mês 67(81,7%).

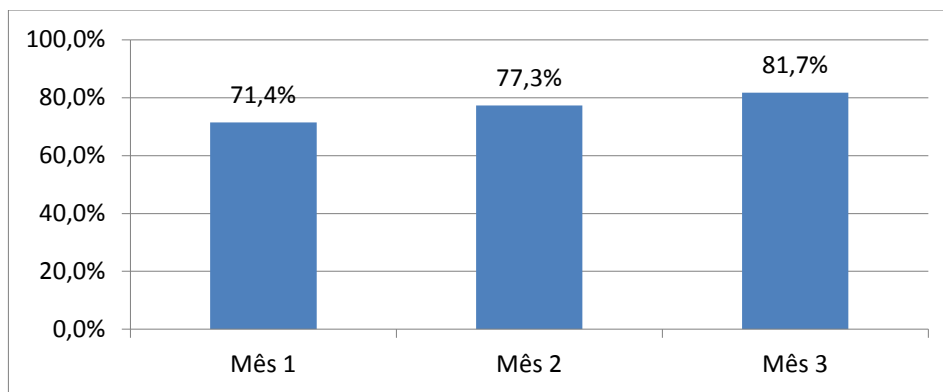


Figura 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

Objetivo # 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular na UBS São Jorge.

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

A determinação dos usuários hipertensos com fatores de risco cardiovascular foi fundamental para evitar complicações a curto, médio e longo prazo, em dependência do estado de saúde do usuário. Tivemos dificuldades com a planilha Escala de Framingham(terminou), pelo que alguns usuários não fizeram estratificação de risco cardiovascular. No primeiro mês fizeram 23 (65,7%),no segundo mês 111(66,9%), no terceiro mês 280(70,5 %).

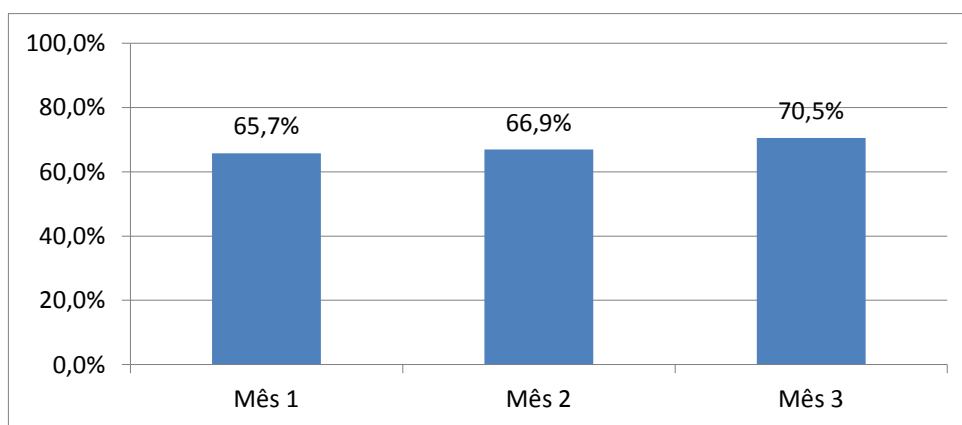


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

Para os diabéticos alcançamos os seguintes números, conforme explicação do indicador

anterior. No primeiro mês fizeram 10 (71,4%), no segundo mês 34 (77,3%), no terceiro mês 67(81,7 %).

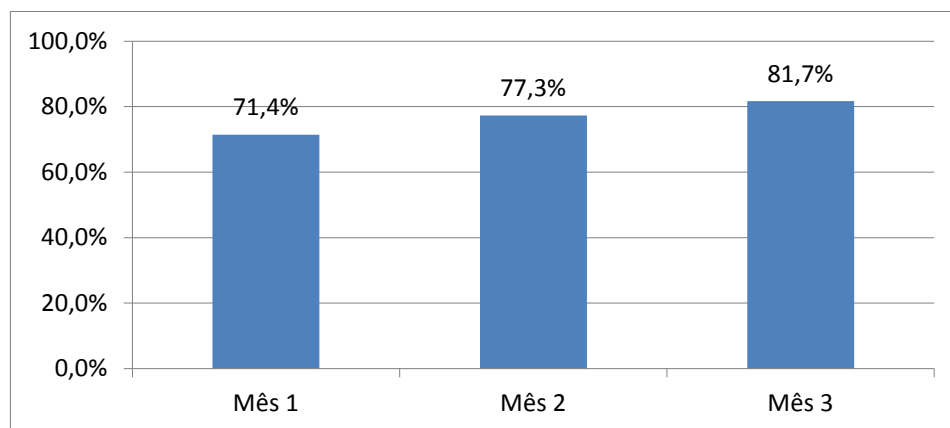


Figura 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha final da Coleta de Dados 2015.

Objetivo 6 . Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS São Jorge.

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

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

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

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

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre hábitos saudáveis. Além disso tivemos vários encontros com a participação do médico, Psicóloga, Nutricionista e ACS com os grupos de hipertensos e diabéticos, onde 100 % dos usuários que participaram receberam orientações sobre diversos temas como : hábitos alimentares saudáveis , a prática de atividades física regular , sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente , assim como fatores iniciantes para aparição das complicações em órgãos alvo e sua importância na prevenção destes .

Foram orientados sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso. Percebemos que os usuários e familiares

ficaram muito atentos durante as atividades realizadas, perguntaram dúvidas, e agradeceram pela apoio da equipe da saúde e atenção prestada.

4.2 Discussão.

A intervenção na minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos de forma integral, melhoramos o registro das informações de cada usuário mediante o sistema E-SUS, o qual permite conhecer o história de seguimento de cada usuário, assim como cada procedimento feito. Também a qualificação do atendimento melhorou muito, todos os usuários foram avaliados quanto a estratificação de risco cardiovascular, os usuários diabéticos é examinado os pés procurando possíveis complicações, receberem medidas para o cuidado dos mesmos. A maioria dos usuários receberem atendimento odontológico, e realizam exames complementares. Os usuários receberem orientações sobre a importância de uma alimentação saudável, sobre a pratica de atividade física regulares, sobre higiene bucal, sobre os riscos do tabagismo. Se realizou busca ativa aos usuários faltosos e com consulta em atraso.

A intervenção foi muito importante para a equipe, pois não só nos preparou melhor como profissionais, mas também como seres humanos, ao largo da intervenção forem realizadas capacitações da equipe, sobre diversos temas como protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, correto preenchimento de caderneta de saúde, acolhimento, políticas nacionais de humanização, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, orientações sobre a importância do trabalho que se estava realizando, organização dos agendamento das visitas domiciliares para busca ativa de usuários faltosos a consulta , e avaliação da saúde bucal . Esta atividade promoveu o trabalho integrado em equipe, onde cada um desempenha um papel fundamental e uma responsabilidade especifica seja a enfermeira, as ACS, a recepcionista, a médica.

O projeto de intervenção teve um impacto muito positivo na comunidade e nas atividades no serviço. As técnicas de enfermagem realizaram palestra na sala de espera, além disso, foram projetados vídeos com informações importantes sobre estas duas doenças, entrega de folder com dicas de saúde, assim como atividades de promoção e educação em saúde. Tivemos vários encontros com a participação da médica, Psicóloga, Nutricionista e ACS com os grupos de hipertensos e diabéticos, entre os temas que foram abordados estão : hábitos alimentares saudáveis , a prática de atividades física regular , sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, importância de cumprir com o tratamento assim como com a assistência á consultas marcadas, importância da aceitação

destas doenças pelo usuário , conscientizando-se dos cuidados sem interferir em sua vida diária , sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente , assim como fatores precipitantes para aparição das complicações em órgãos alvo e sua importância na prevenção destes . Foram orientados sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso. Percebemos que os usuários e familiares ficaram muito atenciosos durante as atividades realizadas, perguntaram duvidas, e agradeceram pelo apoio da equipe de saúde e atenção brindada. Uma questão muito importante foi a participação e apoio das lideranças comunitárias de maneira incondicional. Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensos e Diabéticos eram concentradas na médica, com a intervenção conseguimos engajar todos, assim tivemos uma responsabilidade e participação especifica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção á um maior número de pessoas. Em ocasiões tivemos problemas com os usuários os quais no princípio desconheciam o trabalho que se estava fazendo e ficavam molestos pela demora das consultas porém pouco a pouco com paciência por parte de toda a equipe foi explicado e eles entenderam. A intervenção viabilizou a otimização da agenda para á atenção e demanda espontânea.

Apesar do trabalho e esforço realizado pela equipe não cumprimos a meta proposta, pois ainda temos hipertensos e diabéticos sem cobertura. Continuaremos ampliando a cobertura do programa para os usuários com HAS e DM.

O que eu faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento seria dar uma melhor capacitação as ACS e a equipe desde a discussão da Analise Situacional. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto. Agora que estamos no fim da intervenção toda equipe temos mais experiência, estamos melhor preparados mais unidos, porém, vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço. Teremos condições de superar as dificuldades encontradas. A partir de agora temos a meta de ampliar a cobertura de atendimento para este grupo de usuários sobre todo os de alto risco, assim como aumentar o cadastramento dos mesmos. Continuaremos trabalhando com a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos para assim ter um melhor controle.

Nos próximos meses nossa equipe se propôs continuar com o trabalho realizado até agora e também vamos melhorar muitos aspectos que tivemos problemas durante a intervenção como já mencionamos anteriormente. Se ampliara a cobertura do atendimento para este grupo de usuários e

já temos formado o programa de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; a equipe está muito contente com o trabalho realizado. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa da atenção a Saúde da Criança.

5 Relatório da intervenção para gestores.

O seguinte relatório descreve a intervenção realizada na UBS “Estratégia da Saúde da família”, no município de São Jorge , Rio Grande do Sul, no período de abril a junho 2015, com objetivo de ampliar a Cobertura do Programa de Atenção de hipertensos e diabéticos, realizar uma avaliação clínica mais detalhada dos mesmos e qualificar os registros. Foram avaliados neste processo da intervenção os adultos maiores de dezoito anos num período de 12 semanas de intervenção.

Nossa equipe realizou uma análise situacional e análise estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da Unidade Básica de Saúde tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS. Após essa análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado nos protocolos do Caderno da Atenção Básica nº 37 (Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica; Hipertensão Arterial Sistêmica), e nº 36 (Diabetes Mellitus), ali nos propusemos o objetivo de ampliar a cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na área de abrangência (2860 habitantes).

De acordo com a população vinculada a equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS estimava-se que na área teríamos a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 540 e estimativa de 89 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Conseguimos pôr em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público. A maioria das ações planejadas foram desenvolvidas em sua totalidade.

Realizamos um correto monitoramento da intervenção, cadastramos um total de 397 (73,5%) usuários hipertensos maiores de 20 anos são 82 (92,1%) diabéticos.

Na avaliação das metas do objetivo de ampliar a cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, não conseguimos cumprir a meta proposta a principal dificuldade foi

gerada devido a que inicialmente as consultas neste grupo eram agendadas, mas havia um limite de usuários por dia, ao longo da intervenção percebemos que isto obstaculizada e limitava o atendimento, sendo assim corrigimos para atendimento a livre demanda, aumentando o número de consultas , mas mesmo assim ainda temos usuários sem cobertura.

Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico na maioria dos hipertensos e diabéticos. Não tivemos dificuldades para referenciar os usuários com maiores necessidades de atendimento odontológico mais temos acesso a serviço odontológico na UBS.

Tivemos dificuldades na disponibilização pela gestão das Fichas Espelhos, a mediados da intervenção, mas mesmo assim conseguimos preencher a maioria das fichas espelhos com a atualização dos prontuários individuais de cada um de os usuários hipertensos e diabéticos que foram cadastrados.

Não apresentamos nenhuma dificuldade no atendimento dos usuários hipertenso e diabético já que todo o equipamento e materiais estiveram disponíveis

Realizamos várias ações de promoção em saúde com atividades de educação em saúde não só na UBS como também na comunidade. Na maioria das comunidades que foram visitadas realizamos as palestras logramos a presença das lideranças comunitárias onde lhes foi explicado à importância de sua participação no desenvolvimento da intervenção e a necessidade de seu apoio, as quais desde no primeiro dia nos apoiaram nas atividades, fornecendo locais adequados para realizar as palestras e em algumas locações carros a nossa disposição para o deslocamento pôr a área de difícil acesso.

Toda a equipe apoiou e participou do projeto, além de que se tornou uma rotina no trabalho diário da Unidade Básica de Saúde. Foram inseridas as ações planejadas no projeto de intervenção, e as mesmas terão continuidade, trabalhando na busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos maiores de 18 anos de idades para garantir que todos tenham uma saúde de qualidade. Foi muito importante a participação dos gestores para o sucesso da intervenção.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado em equipe, onde cada um desempenha um papel fundamental e uma responsabilidade específica seja a enfermeira, as ACS, a recepcionista e a médica.

6 Relatório da intervenção para a comunidade.

No período de abril a junho de 2015, com uma sequência de 12 semanas, nossa equipe de saúde, realizou um projeto de intervenção na comunidade, São Jorge \ RS, com objetivo de ampliar a cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na área de abrangência. A importância desta intervenção é que melhorando o atendimento feito pela equipe juntamente com a melhora da frequência dos portadores dessas doenças às consultas, fazendo os exames necessários e controlando os índices de glicemia capilar e pressão arterial sistêmica poderemos reduzir o número de mortes e sequelas devido a problemas cardiovasculares como Infarto Agudo do Miocárdio e Doenças cerebrovasculares.

Nossa equipe de saúde tem uma população total de 2860 habitantes, de eles 540 são hipertensos com 20 anos ou mais, 89 são diabéticos. Neste período conseguimos cadastrar 397 usuários hipertensos e 82 usuários diabéticos.

Conseguimos pôr em prática ações previstas no projeto. Foi realizada a busca ativa de todos os usuários faltosos a consulta. Na maioria das comunidades que foram visitadas realizamos as palestras e tivemos a presença das lideranças comunitárias onde lhes foi explicado à importância de sua participação no desenvolvimento da intervenção e a necessidade de seu apoio, as quais desde o primeiro dia nos apoiaram nas atividades, fornecendo locais adequados para realizar as palestras e em algumas localidades carros a nossa disposição para o deslocamento nas áreas de difícil acesso.

A principal dificuldade foi gerada para as ações de cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos pois inicialmente as consultas neste grupo eram agendadas, e havia um limite de usuários por dia, ao longo da intervenção percebemos que isto obstaculizada e limitava o atendimento, sendo assim corrigimos para atendimento a livre demanda, aumentando o número de consultas. Além disso na semana temos outras atividades que competem com nosso projeto de intervenção como são as consultas programadas e agendadas, além de outras atividades como a realização de exames de

prevenção de câncer de Colo de útero , de mamas às quais nos roubam tempo, e por isso o número de hipertensos e diabéticos cadastrados nas dozes semanas como foi o planejado por nossa equipe.

As ações realizadas na Intervenção já fazem parte da rotina no trabalho diário da Unidade Básica de Saúde continuamos trabalhando na busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos maiores de 18 anos de idades para garantir que todos tenham uma saúde de qualidade.

Outros pontos positivos e benefícios para a população em geral, foram às facilidades dos atendimentos, fortificação da relação médico-usuário e melhor controle de hipertensos e diabéticos.

Podemos dizer que a comunidade ganhou um melhoramento da saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados mesmo que ainda não se olhe muito porque o tempo foi curto, mas o trabalho será incorporado à rotina do serviço e por isso necessitamos continuar e reforçar a aliança com a comunidade para poder apoiar o serviço para que a atenção á saúde na UBS seja cada vez melhor.

A comunidade pode ajudar de forma a dar continuidade a esse projeto através da cobrança dos seus direitos ao atendimento as consultas médica e da enfermagem periodicamente. Além da participação efetiva nos grupos de acompanhamento nutricional e de atividade física da cidade. Esse engajamento é essencial para prover vinculo e efetividade das ações.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

O curso de especialização em saúde da família tem sido um reto muito gratificante, com experiências muito boas. Ao longo destas doces semanas de desenvolvimento do projeto de intervenção, realizado na unidade básica de saúde, São Jorge, com objetivo de ampliar a cobertura do programa de atenção a hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos na área de abrangência, temos realizado um trabalho muito proveitoso para o bem-estar da comunidade. Ao princípio pensei que ia ser difícil, mais sempre tive a participação e ajuda da equipe, dos gestores e da comunidade, todos gostaram muito da proposta. Trabalhamos em conjunto toda a equipe, ainda que os resultados não são os que esperávamos, mas se conseguimos ampliar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos e sabemos que se chegará a meta proposta porque o projeto tem sido implantado na rotina de nosso serviço e continuaremos cadastrando mais usuários. O curso de especialização em saúde da família, tem sido um apoio educacional e instrutivo muito importante para minha prática profissional neste país, pois nos tem ajudado no desenvolvimento científico de nosso trabalho, tem oferecido muitas ferramentas e esclarecido algumas dúvidas que surgem em transcurso de nosso trabalho, não só neste, mas também em nossa prática diária, nos tem oferecido casos clínicos muito frequentes em consultas, nos tem enriquecido sobre os protocolos das diferentes doenças aqui no Brasil, além disso de estudar e melhorar nosso português. Através do curso de especialização temos realizado este trabalho de intervenção pusemos em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público, melhorando atenção e qualidade do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Também contamos ao largo da especialização com o apoio do orientador sempre disposto ajudar com muito carinho, corrigindo os erros, dando urgência, e participando a distância, pelo sempre presente em cada atividade, experiência única pois nunca tinha participado de um curso a distância. Todo o aprendido no curso foi muito interessante e seguirão nos ajudando em nosso trabalho. Foi uma experiência muito

importante na minha profissão, aprimorando meus conhecimentos na atenção básica.

Referências:

Caderno da Atenção Básica nº 36 (Diabetes Mellitus), Brasília DF, 2013.

Caderno da Atenção Básica nº 37 (Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica; Hipertensão Arterial Sistêmica), Brasília DF, 2013.

Caderno de Atenção Primária nº 29, Rastreamento, Brasília, 2010.

Ferreira, Celma Lucia Rocha Alves, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de usuários diabéticos da rede pública de saúde. Arquivos brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v.53, n.1,p.80 – 86, 2009.

Standards of medical Care in Diabetes, 2013. Diabetes Care, Alexandria, v.36, Suppl. 1, jan 2013.

Gusso, G, Lopes, J.M.C, Tratado de Medicina de Família e Comunidade.v.2 . São Paulo: Artmed , 2012.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética.

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

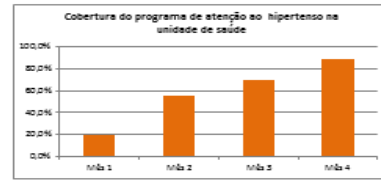
Prezada Pesquisadora;

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

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

INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	19,8%	55,2%	69,7%	88,6%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	95	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	27,4%	80,2%	99,1%	100,0%
	Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	29	85	105	106
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	106	106	106	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	95	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	29	85	105	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	Proporção de hipertensos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	95	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	Proporção de diabéticos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	29	85	105	106



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