

**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 aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.

Saul Antônio Maldonado

Pelotas, 2015

Saul Antônio Maldonado

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/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.

Orientadora: Ana Paula Soares

Co-orientadora: Aline Dayrell Ferreira Sales

Stelita Pachêco Dourado Neta

Pelotas, 2015

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

M244m Maldonado, Saul Antonio

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS / Saul Antonio Maldonado; Ana Paula Soares, orientador(a); Aline Dayrell Ferreira Sales, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Ana Paula, orient. II. Sales, Aline Dayrell Ferreira, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Resumo

MALDONADO, Saul Antônio. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS**. 2015. 88f. 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.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são duas doenças muito freqüentes em nossa população e sabemos que se não tratadas adequadamente e com a adesão ao tratamento estabelecido, poderão ocorrer muitas complicações ao indivíduo portador delas. Na atenção básica o principal objetivo do trabalho é a prevenção e promoção de saúde, diminuindo assim, o número de pessoas com doenças crônicas ou agudas. Neste intuito, realizamos uma intervenção num período de 12 semanas na ESF Vila Paz em São Luiz Gonzaga-RS com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos existentes na área de abrangência da UBS. A intervenção teve um projeto que previa a realização de ações em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha Espelho elaborados pela Universidade Federal de Pelotas. Na Unidade Básica de Saúde Vila Paz temos uma equipe de Estratégia de Saúde da Família composta por um Médico, um Cirurgião Dentista, uma Enfermeira, duas Técnicas em Enfermagem, um Auxiliar de Saúde Bucal, uma auxiliar de administração, um auxiliar de higienização e sete Agentes Comunitário de Saúde. A população da área de abrangência da UBS é 3.360 pessoas correspondendo a 1184 famílias. A população alvo da intervenção foram 466 Hipertensos e 109 Diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de abrangência da UBS. A intervenção se fez seguindo o Projeto de Intervenção tendo facilidades como ser boa predisposição da equipe de saúde, dos usuários que concorrem ao grupo dos hipertensos e diabéticos. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, 160 (34,3%) usuários hipertensos e 47 (43,1%) diabéticos, 148 (92,5%) hipertensos cadastrados e os 43 (91,5%) diabéticos cadastrados estão com o exame clínico em dia e 148 (92,5%) hipertensos e 43 (91,5%) diabéticos estão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado e 150 (93,8%) dos hipertensos e 44 (93,6%) usuários diabéticos cadastrados estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia. Nas ações de promoção à saúde não nos descuidamos das orientações e atividades de educação em saúde para a comunidade. Todos os cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. A equipe conseguiu um maior vínculo entre os membros e comunidade. Melhoramos o processo de trabalho da equipe e ainda que não conseguisse alcançar a cobertura vemos que é evidente que as ações na atenção ao indivíduo com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da equipe está mais qualificada.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	60
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	61
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	62
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	62
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	63
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	64
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	65
Figura 8	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	66
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	67
Figura 10	Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	68
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	69
Figura 12	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	70
Figura 13	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	71
Figura 14	Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	72
Figura 15	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	74
Figura 16	Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de saúde da Família
SAMU	Serviço Médico de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	8
1.2	Relatório da Análise Situacional	9
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2	Análise Estratégica	21
2.1	Justificativa	21
2.2	Objetivos e metas.....	22
2.2.1	Objetivo geral	22
2.2.2	Objetivos específicos e metas	22
2.3	Metodologia	24
2.3.1	Detalhamento das ações	24
2.3.2	Indicadores	45
2.3.3	Logística.....	51
	Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e ou Diabetes Mellitus vamos adotar o Caderno número 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.	51
2.3.4	Cronograma.....	57
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	58
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	59
4.1	Resultados	60
4.2	Discussão	76
	Anexos	85
	Anexo A- Ficha espelho	86
	Anexo B-Planilha de coleta de dados	87
	Anexo C_ Documento do comitê de ética.....	88

Apresentação

O presente trabalho apresenta o relatório de trabalho de conclusão do curso da Especialização em Saúde da família, na modalidade à distância proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), com o desenvolvimento de um projeto de intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho que foram construídas nas 5 Unidades do Curso.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional que demonstra o que fora levantado sobre a situação de saúde da atenção primária e estratégia de saúde da família no município e principais dificuldades que apresentam na organização do serviço para prestar a atenção em APS para a população vinculada.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção para nortear a equipe para desenvolver ações para a qualificação da atenção na ação programática de atenção ao hipertenso e diabético.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, que mostra o que conseguimos ou não fazer das ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos que foram utilizados durante a intervenção.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de saúde onde eu trabalho é um centro de atenção importante da população. É uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que faz atendimentos aos usuários vinculados na área de abrangência da UBS, realiza visitas domiciliares, palestras sobre patologias crônicas, atenção para as crianças mulheres gestantes e coleta para preventivos, etc.

Meu trabalho é realizado em 2 unidades de saúde no PSF 4 Vila Paz conhecida com ESF Vila Paz que está localizado na área urbana e Unidade Rincão São Pedro, a uma distância de 17 km da cidade de São Luiz Gonzaga, atendemos a uma população de 750 habitantes das quais 400 (53,3%) é urbana e 350 (46,6%) é rural.

Realizamos atendimentos nesta UBS às quintas-feiras das 8 da manhã às 12 horas. A UBS é de menor porte que a UBS Vila Paz e não tem as comodidades necessárias, Tem uma sala onde o paciente é recebido, uma sala de espera com cadeiras e bancos de madeira, consultório médico, outro consultório onde se faz as vacinas e também é usado na realização de preventivos, um único banheiro para funcionários e usuários, um consultório odontológico com equipamentos antigos (obsoleto).

Antigamente a dentista fazia as atenções de 15 em 15 dias, se houver material. Após o equipe de saúde foi mudado completamente chegando outro dentista que faz as atenções de segunda a sexta feira nos turnos de manhã e tarde, menos as quintas feiras pela manhã que concorre a Rincão São Pedro onde faz cunho educativo e atenção dos usuários, y pela tarde a atenção é normal em UBS Vila Paz. É preciso que seja providenciado junto à gestão uma melhoria na infra-

estrutura arquitetônica e no fornecimento de materiais e insumos para que possamos atender adequadamente à população.

O processo positivo é trabalhar com as pessoas desse local que são amáveis, de bom trato e cordiais. O processo negativo que faz difícil meu trabalho é o fato de que não há medicação suficiente nessa unidade. As medicações são aquelas trazidas da UBS Vila Paz, para melhorar esta situação, deveria ter um estoque próprio de medicamentos na mesma.

O número de pessoas na área de abrangência da UBS Vila Paz é de cerca de 3360 e 1.184 famílias. A ESF Vila Paz é um edifício que pertence a Comunidade da Igreja Católica, e foi dado como um empréstimo ao Município para servir de unidade de saúde, e a estrutura física é adaptada para ser uma USF (Unidade de Saúde da Família), portanto não segue com as diretrizes do Manual de Estrutura da UBS. Está em funcionamento faz 12 anos, Os atendimentos são dois turnos de Segunda a Sexta-feira, pela manhã das 8 a 12 h e de 13 a 16 h.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município São Luiz Gonzaga, no Estado do Rio Grande do Sul é um Município que tem cerca de 34.556 habitantes segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cobrindo uma área de 1.295 km², que estão divididos entre a área urbana com 30.511(88%) habitantes e na área rural com 4045(12%) habitantes. A população estimada para 2015 é de 35.193 habitantes.

O Sistema de Saúde deste Município, esta constituído por muitas unidades de setor privado, mas a maior cobertura é pelo setor público e o que nos interessa que é que funciona de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentro do Município há 12 UBS/ESF (PSF 1 Duque de Caxias, São Luiz Gonzaga, PSF 2 Vila Trinta, São Luiz Gonzaga, PSF 3 Floresta, PSF 4 Vila Paz, PSF 5 Presidente Vargas, PSF 6 Bairro Agrícola, PSF 7 Vila Mario, PSF 9 Dr. Chico, ESF 10 Raimundo Gomes Neto, ESF 11 Centro, Centro de Saúde Materno Infantil São Luiz Gonzaga, 07 Postos de Saúde (PS) sendo: PS Alfonso Rodrigues, PS Capela São Paulo, PS Central São Luiz Gonzaga, PS Rincão dos Pintos, PS Rincão São Pedro, PS Santa Inez e PS São Lourenço. Não temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Temos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Centro São Luiz Gonzaga e um CAPS AD São Luiz Gonzaga e Serviço Médico de Urgência e Emergência (SAMU), Unidade Móvel São Luiz Gonzaga e uma Unidade de Saúde prisional tipo II.

Temos 1 Hospital, o Hospital São Luiz Gonzaga de gestão dupla (Municipal e Estadual) que é um hospital geral com 122 leitos. Para os estudos dos usuários contamos com: acesso a exames complementares como Exame Laboratorial, Raios-X, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia e a Ressonância Magnética Nuclear.

Em especialidade, temos a atenção do Psicólogo, Fisioterapia e Fonoaudiólogo. Entre os aspectos que podem ser considerados relevantes, temos os veículos que transportam os usuários para vários Municípios e também para a Capital do Estado.

Meu trabalho é realizado em 2 unidades de saúde, no PSF 4 Vila Paz conhecida com ESF Vila Paz, que está localizado na área urbana e na UBS Rincão São Pedro, que fica a uma distância de 17 km da cidade de São Luiz Gonzaga. No Rincão São Pedro se dá a atenção a uma população de 750 habitantes das quais 400 (53,3%) habitantes é urbana e 350 (46,6%) habitantes é rural. Os atendimentos são UBS às quintas-feiras das 8 da manhã às 12 horas. A UBS é de menor porte que a UBS Vila Paz e não tem as comodidades necessárias para um bom atendimento da população. Tem uma sala de espera onde o usuário é recebido, com cadeiras e bancos de madeira, um consultório médico, e outro consultório onde estão as vacinas e outro que é usado na realização de preventivos. Há um único banheiro para funcionários e usuários, um consultório odontológico com equipamentos antigos (obsoletos). A dentista atende a cada 15 dias, "se houver material". Atualmente, há sido trocado desde este ano 2015 o equipe de saúde, contando com um dentista novo que atende todas as quintas-feiras a atenção dos usuários de Rincão São Pedro. É preciso que seja providenciado junto à gestão uma melhoria na infra-estrutura arquitetônica e no fornecimento de materiais e insumos para que possamos atender adequadamente à população. O processo positivo trabalhar com as pessoas desse local que são amáveis, de bom trato e cordiais. O processo negativo que faz difícil meu trabalho é o fato de que não há medicação suficiente nessa unidade. As medicações são aquelas trazidas da UBS Vila Paz,

para melhorar esta situação, mas deveria ter um estoque próprio de medicamentos na mesma. Nesta UBS, não tem ações previstas, por tanto não há execução. Os agendamentos dos usuários por dia de atenção é aproximadamente de 15 a 20 usuários nas 4 hs de atenção, a enfermeira faz os preventivos e as vacinas programadas, se atende desde crianças ate idosos, dentista faz os tratamentos dentais, a atenção de medico e dentista é de diferentes idades, por tanto é impossível fazer cunhos educativos.

O número de pessoas na área de abrangência da ESF Vila Paz é de 3360 e 1.184 famílias como descrito na Tabela 1:

Tabela 1- Perfil demográfico da população segundo faixa etária e sexo na UBS Vila Paz, São Luiz Gonzaga, no Estado do Rio Grande do Sul, Out/2014.

Faixa Etária	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	15	80	45	77	144	137	476	199	213	259	1645
Feminino	9	74	43	66	124	153	470	253	208	315	1715

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Sistema de Informação de Atenção Básica.

A ESF Vila Paz funciona num edifício que pertence à Comunidade da Igreja Católica, e foi emprestada ao Município para servir de unidade de saúde, e a estrutura física é adaptada para ser uma Unidade de Saúde da Família(SUF.), portanto não segue as diretrizes do Manual de Estrutura da UBS do Ministério da Saúde do Brasil. Está em funcionamento faz 144 meses (12 anos), tem atendimento de dois turnos de Segunda a Sexta-feira, pela manhã de 8 a 12 hs e de 13 a 16 hs. A área geográfica de abrangência é delimitada pelas ruas: 1 Março, João Gularte, Salvador Pinheiro Machado, Mariscal Deodoro, e Monsenhor Estanislau Wolski. Em 2014 foi feito o último censo da população de abrangência da UBS, cadastrando-se 100% da população. Todas as informações sobre UBS estão disponíveis, tanto os horários de funcionamento da sala como os horários que apresentam os profissionais, quem é o responsável pela UBS, e outras informações de interesse. Estes relatórios estão disponíveis em um painel encontrados na parede da sala de espera. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também podem informar sobre o funcionamento da UBS durante a visita domiciliar. Os planejamentos e monitoramentos de ações de saúde são coordenados pela enfermeira, em colaboração com as técnicas de enfermagem e ACS.

São atendidos só os usuários da área de abrangência e nenhum de outras áreas. Nesta área, os usuários são de classe média e baixa e a atenção se realiza com igualdade, equidade e universalidade, segundo os princípios do SUS.

Na UBS trabalha uma só Equipe de ESF composta por um Médico, um Cirurgião Dentista, Uma Enfermeira, duas Técnicas em Enfermagem, um Auxiliar de Saúde Bucal, uma auxiliar de administração, um auxiliar de serviços gerais e sete Agentes Comunitário de Saúde(ACS).

A Unidade Básica de Vila Paz tem uma infra-estrutura que não corresponde ao Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde. Nela falta estrutura arquitetônica adequada a uma UBS. É um edifício que pertence à Comunidade da Igreja Católica foi emprestado à prefeitura e fora adaptado para funcionar como UBS, com limitações e necessidades para uma operação adequada e cuidados dos usuários que é o objetivo principal.

Tem um ambiente de recepção e armazenamento dos prontuários com um arquivo de 6.000 prontuários. A sala de espera, que acomoda 15 pessoas, uma sala de reuniões, uma sala para almoxarifado, dois Consultórios Médicos com banheiros. Não existem rampas de acesso nem corrimãos para os usuários com limitações físicas ou que fazem uso de cadeira de rodas. É importante mencionar as calçadas que não estão em boas condições e dificulta o tráfego. A sala de espera, apesar de ser espaçosa o seu mobiliário (cadeiras) não são confortáveis, não tem ar condicionado frio/quente. Os banheiros são para os usuários não tem o espaço suficiente para pessoas em cadeiras de rodas e não estão adaptados para pessoas com limitações físicas. No consultório do médico temos uma maca confortável de exame clínico, visualizador de raios-X, além de outros mobiliários. A sala de tratamento de curativos com espaço adequado, com mobiliário e materiais, pia, para desinfecção de mãos e no consultório odontológico tem equipamentos que precisam ser renovados. A cozinha é adequada.

Na UBS temos uma boa iluminação e ventilação com janelas estrategicamente colocadas. Temos uma sala de vacinas com geladeira que mantém a conservação das vacinas e insumos, outra de curativos e uma sala de nebulização, não têm sala de armazenamento de medicação. Temos depósitos de Lixo, a coleta de lixo não contaminado e contaminado são coletados separadamente e são recolhidos por empresas privadas. Não temos banheiros para os funcionários. O mobiliário da UBS precisa de manutenção.

Os equipamentos e instrumentos que temos na UBS são: Autoclave, Balança de adulto e criança, Espéculo Vaginal, Estetoscópio, Fita Métrica, Lâmpadas, Glicosímetro, Mesa de Exame Clínico, Mesa Ginecológica, Nebulizador ou Bombinha com Espaçador, Otoscópio, Sonar, Tesoura Curva. O mobiliário do Consultório Odontológico pode citar: Misturador, fotopolimerizador, Cadeira Odontológica, Compressor de Ar, Equipo Odontológico com Pontas, Instrumentos de Emergência de Odontologia, Exame Clínico, Procedimentos Cirúrgicos, e Procedimentos Periodontais, Mocho Odontológico, Refletor, e Unidade Auxiliar com Bacia Cuspideira ou Terminal. Todos os instrumentais têm uma verificação e calibragem anual. Também conta com ligação à Internet, Telefone, Caixa de Som, Estabilizador, Impressora e dois Microcomputadores, que são usados para várias funções, tais como o acesso à literatura, o acesso a e-mail, cadastramento de famílias, digitalização de documentos, protocolos de pesquisa, manuais, diretrizes, registro de ações programáticas, etc.

É importante dizer que o profissional Odontólogo foi inserido recentemente à equipe , fazendo atenção odontológica segunda-feira, terça-feira, quarta-feira e sexta-feira, no turno manhã e tarde, com dias estabelecidos para fazer cunho educativo em escolas da área de abrangência da UBS.

Os medicamentos não são gerenciados pelos profissionais da UBS. Estes são trazidos da Secretaria Municipal de Saúde que fornece a medicação. Temos também todas as vacinas necessárias para a população, menos a vacina Pneumocócica 23-valente, entre o teste de diagnóstico fazemos o hemoglicoteste (HGT) e teste Rápido de Gravidez.

Em relação às consultas especializadas as mais freqüentes requisitadas são, cardiologia, cirurgia, dermatologia, ginecologia, pediatria, oftalmologia e são de agendamento e acesso rápido, em menos de 30 dias, mas há outros como angiologia, nefrologia que tem agendamentos e atendimentos que podem levar até mais de 30 dias. Quando recebem o encaminhamento o usuário busca a Secretaria Municipal de saúde para realizar os exames solicitados. Todo usuário que precisa pronto atendimento ou pronto socorro são encaminhados ao Hospital do Município onde tem disponíveis vaga para sua internação (caso necessário). Quando chega um usuário na nossa UBS com uma urgência, é atendido pelo médico e pela enfermeira e , se a urgência não for resolvida, é direcionado ao Hospital.

As atribuições dos profissionais da UBS que trabalham na atenção da população da área de abrangência são realizadas fazendo a prevenção e promoção da saúde com palestras como exemplo dengue, gripe N1H1, a educação sexual, saúde bucal, escovação dos dentes, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas dentre outros temas. Estas palestras são feitas na UBS como também escolas ou centros comunitários, creches dentre outros locais públicos onde participam médicos, dentistas, enfermeiros, ACS.

O trabalho da ACS também é fazer visitas domiciliares, agendando visitas da equipe para acompanhamento dos usuários que estão acamados, ou agendamento para os enfermeiros quando se precisa fazer alguma cura ou injetável etc., também em busca de usuários que não freqüentam ou são faltosos ao UBS. Outras das ações realizadas pela equipe de saúde é a reunião semanal donde discute diferentes temas, tais como: agenda de trabalho, organizar o trabalho, planejamento das ações, etc.

O acolhimento dos usuários é feito na recepção e a primeira pessoa a receber o usuário, é o recepcionista ou enfermeira para fazer o agendamento, se é demanda espontânea ou aguda, vá diretamente para a consulta sem ter que esperar, normalmente não há excesso de demanda espontânea. Os acolhimentos são feitos com equidade, igualdade e universalidade ao usuário, cada usuário que entra na consulta é atendido por 15 a 20 minutos, dependendo do caso em que fez lá anamnese e o exame físico, se ouve ao paciente, se faz o tratamento se fora necessário ou tenta resolver seu caso melhor.

Se os usuários com doença bucal seja uma demanda espontânea, é atendido pelo dentista. Nesta UBS em geral não há excesso de demanda espontânea aguda tanto em clínica como odontológica.

Em relação à pré-natal, essas usuárias são atendidas um dia por semana as quintas-feiras à tarde, se uma usuária que faz dois meses esta em amenorréia, é solicitada Teste de gravidez, teste for positivo, são solicitados todos os exames de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, após da consulta se faz a carteira de grávida e marca o dia da próxima consulta, nas mulheres com gestação avançada fazemos o monitoramento mensal da gestação, controle de altura uterina, movimento fetais, batimento cardíaco fetais, que é controlado com a ultrassonografia obstétrica. Falamos com ela sobre as dúvidas que tenha principalmente as gestantes mais jovens e primigestas. Em alguns casos, pode acontecer que algumas

mulheres gestantes têm transtorno de HAS, ou esta com perda de sangue, ou exame deu títulos toxoplasmose alto ou incerto, ela é encaminhado para um especialista em obstetrícia para uma melhor avaliação, sendo uma usuária grávida de risco. Não há grávida fora da área de abrangência do posto. Os controles de saúde realizados nas gestantes é a saúde bucal, controle de câncer de colo de útero e de mama fornece imunizações, planejamento familiares, aleitamento materno, tipo de alimentação que deve comer durante a gravidez ou aleitamento. Todos estes dados são gravados em seu prontuário clínico.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP) a estimativa para a área da abrangência da equipe é que tenhamos 47 gestantes, mas temos acompanhadas na UBS 17 gestantes, o que corresponde a 34 % de cobertura. Avaliando os indicadores de qualidade vemos que destas 17 cadastradas as 17(100%) tem o pré-natal iniciado no 1º trimestre, e com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica e para hepatite B conforme protocolo, receberam prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico e tiveram realizado pelo menos 1 exame ginecológico por trimestre e com orientações sobre aleitamento exclusivo. Somente 3(17,6%) tiveram realizado a avaliação em saúde bucal.

A baixa a cobertura de gestantes acompanhadas na UBS, se deve a diferentes causas, como o controle da natalidade, a educação sexual adequada e muitas mulheres que evitam a gravidez para continuar os estudos, bem como a busca de uma vida melhor nas grandes cidades, onde há mais possibilidades para trabalhar ou para estudar.

Podemos dizer que as formas de registro da atenção ao pré-natal em nossa UBS estão acontecendo. Também é importante ressaltar a relação destes indicadores de qualidade com as atividades de grupos de gestantes que realizamos na UBS onde as gestantes podem tirar todas suas duvidas e interagir melhor com a equipe

Na área de abrangência da equipe são estimadas, segundo o CAP, 40 puérperas nos últimos 12 meses e a equipe atendeu a 42 puérperas o que representa uma excelente cobertura. Destas 42 atendidas todas elas realizaram a primeira consulta antes dos 42 dias pós-parto, salientamos que todas as cadastradas e acompanhadas tiveram a sua consulta puerperal registrado, assim como tiveram as mamas e o abdome examinado, estado psíquico avaliado e

receberam orientações sobre Aleitamento Materno Exclusivo (AME), planejamento familiar, e sobre os cuidados do recém-nascido, representando 100% desses indicadores. Também salientamos que as 42(100%) foram avaliadas quanto à intercorrências no puerpério.

Na consulta com as crianças, que também tem lugar na nossa UBS fazendo atendimento de puericultura a crianças na faixa etária de 0-72 meses um dia por semana, As consultas são feitas por agendamento e também atendemos as demandas espontâneas, como febre, quadros respiratórios agudos, diarreias dentre outras intercorrências. Devido ao número de pessoas na área, não há excesso de demanda espontânea. Faz-se testes do pezinho, vacinas, todos os procedimentos seguem o protocolo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, as ações são guardadas em registros do posto e logo são enviados para o SIAB, a enfermeira é responsável por monitorar os usuários que vêm na atenção, e aqueles que são faltosos, o aspecto positivo mostra uma atenção dinâmica, e uma atenção dedicada exclusivamente aos recém-nascidos e crianças, é realizado monitoramento de crescimento e desenvolvimento da criança e os cuidados de saúde bucal são feitos pelo dentista. Como aspectos negativos neste momento, e a necessidade de mais dias de atendimento e a necessidade de contar com um médico pediatra, os atendimentos para a criança vão se estendendo.

Todos os cadastros são enviados para a Secretaria Municipal de Saúde sendo responsável por tal a enfermeira encarregada do posto e também de mantê-los atualizados.

Em relação à atenção à saúde da criança, de acordo com as estimativas do CAP teríamos 40 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência da UBS, mas nos nossos registros temos 17 (43%) crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS.

Nos indicadores de qualidade para essa população alvo, das 40 crianças acompanhadas 100% delas estão com consultas em dia conforme o protocolo do Ministério da Saúde e estas teve a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Os recém-nascidos realizaram o Teste do pezinho antes dos sete dias, a triagem auditiva (Teste da orelhinha) e tiveram avaliados o crescimento e desenvolvimento bem como estava com as vacinas em dia. Das 17 acompanhadas não tínhamos registro que realizaram avaliação em saúde bucal. Todas as mães que são cadastradas receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e

prevenção de acidentes.

Para a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, o que também é feito no Posto de Vila Paz, se realiza com agendamento e a enfermeira coleta a amostra que segue os protocolos do Ministério da Saúde e é enviada para um laboratório em Bossoroca, cidade onde há um patologista. Não demoram os resultados dos exames. São novamente citados os usuários e é dito o resultado, este rastreamento é feito de forma organizada. Os resultados dos exames são registrados em um arquivo específico que é analisado pela enfermeira em forma semanal, isso nos permite verificar quem não fez o preventivo e quem não retornou para buscar o resultado.

De acordo com o CAP no tocante ao público alvo e às ações de prevenção do câncer de colo de útero, segundo a população da área da UBS teríamos 926 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área. Segundo os nossos registros temos 676 (73%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero. Destas mulheres acompanhadas temos 676 (100%) com exame citopatológico em dia. Detectamos 5 mulheres com exame citopatológico alterado. Foram avaliadas em relação ao risco para câncer de colo uterino 676 (100%) e estas receberam orientações sobre prevenção de câncer de colo uterino e sobre DST. Tivemos das amostras coletadas 676 (100%) com amostra satisfatória.

Também assim acontece com as ações de prevenção de câncer de mama

Quando uma mulher na faixa etária alvo chega à consulta com o médico ele pergunta se fez ou não a Mamografia para pesquisar a Ca de Mama, se é resposta negativa a mamografia é ordenada, às vezes é a mulher quem pede uma requisição para realização da mamografia. A paciente é encaminhada para a mamografia, depois o resultado do exame é trazido para o medico que informa o resultado.

Todas estas ações estão programadas e seguem um protocolo do Ministério da Saúde. Os resultados são anotados nos prontuários das usuárias e num livro de registro e num formulário que é enviado para a Secretaria Municipal de Saúde.

Nas ações de prevenção do câncer de mama, segundo o CAP, na nossa área de abrangência teríamos 347 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade e nossa UBS tem nos registros o atendimento de 208 (60%) nesta faixa etária.

De acordo com os registros temos que as 208 (100%) cadastradas e acompanhadas estão com mamografia em dia, foram avaliadas quanto a risco de

câncer de mama e receberam orientação sobre prevenção de câncer de mama. Não temos registro de mulheres com mamografia com mais de 3 meses em atraso.

Em nossa UBS, principalmente os ACS fazem um acompanhamento mais próximo das mulheres nestas faixas etárias alvo para não perder o seguimento delas.

Finalmente, quero deixar claro que o trabalho da equipe de saúde é feito com o compromisso de atender a todas as mulheres que chegam à UBS em busca de atendimento.

Nas ações de atenção ao hipertenso e diabetes da área de abrangência da UBS realizamos ações sabendo que Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de riscos para as doenças cardiovasculares, por isto é de fundamental importância trabalhar para ter um melhor acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na nossa UBS para prevenção de câncer de colo de útero e de mama.

Temos também um grupo de usuários com HAS / DM. Esses usuários são atendidos em grupos, cada grupo corresponde a um ACS, que faz visitas domiciliares e monitora esses usuários e agenda para a consulta com o médico. Se o paciente está acamado e precisa de uma consulta em domicílio, também esse agendamento domiciliar é feito pelos ACS.

O trabalho da equipe de saúde neste grupo de hipertensos e diabéticos é realizado atividades educativas sobre orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física, os efeitos nocivos do álcool e tabagismo.

Temos um livro de registro para o controle de cadastros de hipertensos e diabéticos na UBS. Além disso, em seu prontuário clínico registramos o atendimento realizado. Esses registros nos deram a possibilidade de preencher o CAP. Podemos dizer também que a população a qual são dirigidas estas ações, colaboram comparecendo as reuniões de grupos de hipertensos e diabéticos. Estamos tentando organizar melhor as palestras junto aos grupos porque apesar de os controles que fazem tanto o ACS, como enfermeiros, como médico, há usuários que não seguem as instruções de mudança de hábitos, ou não tomam seus medicamentos anti-hipertensivos.

A população vinculada à UBS é de 3.360 usuários e segundo o CAP, para a população da área de abrangência da equipe teríamos 2.386 pessoas com 20 anos ou mais na área da UBS e dentre eles teríamos 752 pessoas com 20 anos ou mais

com Hipertensão e 215 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. De acordo com os dados da UBS temos conhecimento de 466 (62%) hipertensos e 109 (51%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Nos usuários hipertensos temos que os indicadores de qualidade nos mostram que todos os 466 acompanhados estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Nestes usuários, a avaliação do risco é feito por o Escore Framingham o que nos permite ter o controle sobre a evolução da patologia do paciente. Todos os hipertensos acompanhados estão com exames complementares periódicos em dia com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Temos registro de que todos os acompanhados estão com avaliação de saúde bucal em dia

Em relação às pessoas com DM, de acordo com o CAP dos 109 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, todos eles foram avaliados quanto à estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, todos têm os exames complementares em dia e tiveram seus pés examinados nos últimos três meses e, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, assim como medida da sensibilidade dos pés. Todos eles foram orientados sobre prática regular de atividade física e alimentação saudável e tiveram a avaliação da saúde bucal.

Quanto à atenção à saúde do idoso, o atendimento é feito todos os dias da semana em todos os turnos, porém a oferta de atendimento é para problemas de saúde agudos, porque não existe um protocolo de atendimento para idosos estabelecido o que constitui uma debilidade nas ações de promoção e prevenção da saúde deste grupo tão numeroso e vulnerável em nossa área.

Devido à falta de registro especificadamente para pessoas idosas, não obtivemos dados para o preenchimento do CAP, sabemos apenas que pelo CAP a estimativa é de 459 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área.

O maior desafio que se apresenta para melhorarmos a qualidade de atendimento à nossa população é termos uma UBS com infra-estrutura adequada Além disso, é essencial, ter bons registros de indicadores de assistência ao paciente, a fim de proporcionar melhores informações de Saúde.

Os indicadores do CAP como assim também os formulários preenchidos nos da uma idéia geral qual são as deficiências que existe em nossa UBS.

Como se podem resolver essas deficiências? Quais são as estratégias que devem ser feitas? Onde e para quem devemos recorrer para ter o melhor desempenho da UBS e os benefícios para a comunidade? Estas são perguntas que nos fazemos buscando melhorias após termos realizado esta análise situacional. Trabalhar neste setor da sociedade me gratifica, recebendo dos usuários bom trato e afeição. Todas as pessoas que entram no consultório são atendidas com igualdade, equidade e universalidade.

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

No decorrer dos estudos da Unidade 2 voltados para a disciplina Análise Situacional, pude ampliar meus conhecimentos acerca dos trabalhos acompanhados de ações que podemos realizar na UBS para a melhoria e promoção de saúde e qualidade de vida à população, o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas e dos questionários bem como a leitura dos protocolos do Ministério da Saúde sobre cada ação programática nos ajudou a entender as fragilidades do serviço e tentar buscar soluções para melhorar as falhas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Nos dias atuais, predominam o sedentarismo, a alimentação rica e abundante em gordura e açúcar livre bem como a obesidade e o estresse e tabagismo e isto aumenta a probabilidade para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Como citado em ANS(2009, p78), “a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) as enfermidades cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus. De acordo com Malta et al (2006 apud ANS, 2009. P78) as “DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis, como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool”. Para a prevenção das DCNT precisamos enquanto profissional de saúde atuarmos no fortalecimento das ações de promoção da saúde bem como estarmos preparados para avaliar adequadamente as condições de risco e assim poder atuar o mais precocemente possível.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Segundo Brasil (2006, p.08) “A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além das doenças renal crônica terminal”. O Diabetes Mellitus, de acordo com Alfradique (2009 apud BRASIL,2013 b pag. 19) “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 equipe de ESF da UBS Vila Paz é composta por um Médico, um Cirurgião Dentista, Uma Enfermeira, duas Técnicas em Enfermagem, um Auxiliar de Consultório Dental, uma administradora um auxiliar de higienização e sete Agentes Comunitário de Saúde(ACS).

A população da área de abrangência da UBS é 3.360 pessoas correspondendo a 1184 famílias. O nível econômico é de classe média e baixa. Segundo a população da área de abrangência da equipe com 3.360 pessoas estimava-se pelo CAP 2386 pessoas com 20 anos ou mais e destes estimava-se 752 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 215 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes.

A população alvo da intervenção serão 466 Hipertensos e 109 Diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de abrangência da UBS.

Intervenção é importante para garantir que todos os usuários hipertensos e diabéticos possam ser atendidos com qualidade com todas as coes guiadas pelo protocolo adotado. A intervenção é importante no contexto na UBS porque proporcionará a organização do processo de trabalho da equipe e conseqüentemente a interação da equipe com a comunidade. Trabalharemos de forma que a intervenção fique incorporada à rotina da UBS mesmo ao fim do período da intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à 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 16 semanas na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS. Participarão da intervenção todos os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1. Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 80% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento:

O monitoramento do número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa será acompanhado semanalmente através dos atendimentos clínicos com a verificação dos registros nos prontuários Clínicos, conferências da Ficha espelho e, sobretudo, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD), fornecida pelo curso. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento:

Para garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa vamos trabalhar com as fichas-espelhos que foram elaboradas pela UFPelo curso e com o registro no prontuário clínico. A ficha-espelho será preenchida para cada usuário nas consultas clínicas realizadas pelo médico e pela enfermeira da equipe desde a consulta inicial de cadastro e para as demais consultas de acompanhamento.

Para melhorar o acolhimento faremos capacitação de toda a equipe bem como organizaremos o fluxograma e processo de trabalho da equipe onde os usuários que busquem a unidade por demanda espontânea ou atividades agendadas ou da rotina da unidade (vacina, curativo por exemplo) sejam recebidos e devidamente direcionados.

Buscaremos realizar a aferição da Pressão Arterial (PA) de todas as pessoas maiores de 20 anos que vierem à UBS para consulta clínica ou não.

Vamos garantir material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicômetro na UBS junto ao gestor, onde a enfermeira ficará responsável de monitorar a qualidade e quantidade dos insumos e equipamentos necessários, revisando-os semanalmente.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

A orientação da população sobre o programa sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS será feita boca a boca pelos ACS nas visitas domiciliares e também serão divulgados nas igrejas e centros comunitários e solicitados às lideranças comunitárias que ajudem nesta tarefa.

Realizaremos orientação à comunidade sobre a importância de aferir a Pressão Arterial (PA) a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e do rastreamento da DM e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Buscaremos capacitar o ACS para a revisão dos dados do SIAB acerca da população da área adstrita à UBS e principalmente no levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não estejam cadastrados na UBS.

Realizaremos a capacitação da equipe para aferição da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Nisto discutiremos principalmente o que está descrito na página 30 do Caderno número 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial, publicado em 2013 (protocolo adotado).

Para a capacitação do Hemoglicoteste (HGT) enfatizaremos que a realização do mesmo será para os adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou fatores de risco ou sinais clínicos de hipoglicemia ou hiperglicemia. Atentar para as orientações da página 27 (Tabela 1 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos) do Caderno número 36 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, publicado em 2013 (protocolo adotado). As reuniões de capacitação serão realizadas na primeira semana da intervenção e/ou quando necessário. As reuniões serão de leitura, discussão e realização de oficinas prática e encenação de atendimentos. A própria equipe irá planejar a capacitação, porém deverá buscar apoio quando o assunto não for de domínio de nenhum profissional da equipe.

Objetivo: 2-Melhorar a qualidades de atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes.

Detalhamento:

Para monitorarmos a realização do exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados durante a intervenção, diariamente através dos atendimentos clínicos com a verificação dos registros nos prontuários Clínicos, conferências da Ficha espelho e, sobretudo, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD) fornecida pelo curso, avaliaremos dados da Ficha Espelho como Estatura, Perímetro Braquial, Pressão Arterial (mmHg), Peso (kg) IMC (kg/m²); Exame dos pés (normal ou alterado); Exame físico (normal ou alterado) e nos demais instrumentos de registro, especialmente o Prontuários Clínicos. Devemos estar atentos ao que nos orienta o Capítulo 2 dos Protocolos adotados (Caderno 36 e Caderno 37 adotado) no que diz acerca do exame clínico apropriado realizado pelo Enfermeiro e pelo Médico.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento:

Definiremos, a partir da capacitação dos profissionais da equipe acerca das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico apropriado de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Realizaremos as capacitações nas duas primeiras semanas da intervenção e sempre que se fizer necessário.

Solicitaremos à gestão pelo menos 1 cópia impressa dos protocolos adotados para consulta da equipe.

Estaremos sempre guiados pelos protocolos adotados.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes.

Detalhamento:

Orientar mediante palestras educativas, mural informativo, e folders espalhados na comunidade (comércios, instituições públicas e na própria UBS) sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e a importância da realização dos exames complementares para o melhor acompanhamento da saúde das pessoas com HAS e DM.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

Capacitar e orientar aos profissionais da equipe acerca do exame clínico apropriado. Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, entre o médico e a enfermeira da equipe onde eles discutirão o Protocolo adotado e outros referenciais teóricos que orientem sobre a realização apropriada do exame clínico de competência de cada profissional.

META 2.3 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

META 2.4. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

O monitoramento será semanal mediante avaliação das Fichas Espelho. Será realizado pelo o médico e a enfermeira da equipe. Neste monitoramento será realizado um sistema de alerta que permita identificar os que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento:

Nas consultas clínicas os profissionais deverão sempre ter o cuidado de verificar se os exames complementares estão em dia. Se for a primeira consulta solicitar que o usuário os realize.

Buscaremos junto ao gestor garantir uma organização dos serviços de forma que consigamos os materiais necessários para a realização dos exames (testes rápidos) na UBS e facilitar o acesso dos usuários nos serviços laboratoriais e de apoio de diagnóstico do município ou nos municípios de referencia (quando detectada a necessidade de realização de exames de maior mais complexidade).

Pediremos para ele também que nos garanta agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabeleceremos um sistema de alerta para os exames complementares preconizados de forma que para aqueles usuários com atraso nos exames seja feito um registro na ficha Espelho com um adesivo na cor amarela para aquele com

exame atrasado e na cor vermelha naquele que ainda não realizou nenhum exame complementar solicitado.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

Através de atividades educativas na UBS e na comunidade e nos diálogos com os usuários durante as consultas clínicas, orientaremos as pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes sobre a importância da realização dos exames complementares solicitados, podendo evitar transtornos futuros com a saúde, e esclarecendo a todos sobre os riscos que correm quando não realizados esses exames para um melhor acompanhamento.

Deixar claro que é muito importante realizar os exames conforme a periodicidade estabelecida (a cada três meses) para que a ficha do usuário esteja sempre atualizada.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

Capacitar e orientar aos profissionais da equipe acerca da solicitação dos exames complementares para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, com todos os profissionais da equipe utilizando os Protocolos adotados.

META 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS

META 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

Sempre que o usuário chegar para as consultas clinica, solicitaremos a Caderneta do Hipertenso e Diabético para a verificação dos medicamentos prescritos e verificar se o mesmo teve acesso aos medicamentos prescritos na Farmácia da UBS.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento:

A cada quinze dias serão realizados pelas Técnicas de Enfermagem e/ou enfermeira e responsável pela Farmácia o controle de estoque (incluindo validade) de medicamento. Teremos um caderno de registro com dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle.

Buscaremos junto à gestão garantir quantidade suficiente em estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para garantir o acesso dos usuários aos mesmos para que não tenhamos falhas no uso da medicação prescrita.

Quando nas consultas surgir à necessidade de prescrever um medicamento que a Farmácia não tiver, deveremos sinalizar ao gestor a necessidade de adquiri-lo.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

Após as consultas sempre orientar aos usuários para que recorram à Farmácia Popular /Hiperdia na própria UBS para pegar os medicamentos.

Orientá-los nas atividades educativas reunião de grupos e mural informativo na própria UBS e na comunidade e durante as consultas clínicas que é um dever do gestor fornecer esses medicamentos, que é um direito deles ter acesso a esses medicamentos e que esse direito não pode ser negado. É importante deixá-los cientes de que quando os medicamentos forem encontrados na UBS que o responsável pela Farmácia não pode jamais se recusar em entregá-los.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e da diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

O profissional médico é o prescreve os medicamentos, deverá buscar atualizar-se através da lista RENAME mais atual sobre as medicações utilizadas para tratamento da hipertensão e Diabetes.

Capacitar os enfermeiros, Técnicos de enfermagem, ACS e responsável pela Farmácia da UBS para se caso os medicamentos prescritos não forem encontrados na própria UBS, orientar aos usuários para recorrer às Farmácias Populares que fornecem medicamentos a baixo custo.

META 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas

META 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Nas consultas sempre interrogar aos usuários se tem problemas dentários há quanto tempo não vai ao dentista para fazer uma avaliação da saúde bucal e sugerir que recorram ao atendimento odontológico para uma averiguação.

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre a necessidade de atendimento odontológico, por isso para poder coletar dados necessários ao monitoramento o médico e a enfermeira vão anotar estes dados na Ficha Espelho.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Buscar dialogar com a gestão e a equipe de odontologia da UBS, para traçar estratégias que viabilizem uma organização de agenda compartilhada das consultas programáticas, em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade nas doenças bucais. Com isto buscaremos ter disponíveis, no mínimo duas vagas diárias para a avaliação da saúde bucal dos usuários com Hipertensão e Diabetes.

A cada consulta clínica o profissional médico e enfermeira quando diante da anamnese e exame físico detectarem problemas bucais em nossos usuários, encaminhá-lo ao odontólogo para avaliação e estabelecer um plano de tratamento adequado à sua situação.

Buscar com a equipe de odontologia ter um retorno de informações acerca dos usuários que encaminhamos para a assistência odontológica, se foi ou não atendidos e se fora realizado algum procedimento. Este dado registrará na Ficha Espelho, para um melhor acompanhamento.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento:

Durante as atividades de educação em saúde e nas consultas clínicas e nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou outros espaços comunitários orientaremos acerca da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes. Estas atividades serão realizadas por todos os profissionais da equipe.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento:

Capacitaremos a equipe sobre as doenças odontológicas que precisam atendimento. Esta capacitação será realizada pelo profissional odontólogo.

Incentivaremos a equipe para o encaminhamento para a realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

META 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

META 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Capacitar aos ACS para que sempre que realizará as visitas aos domicílios pedir a caderneta dos portadores de HAS e DM para verificar as datas das consultas marcadas e estão sempre os orientandos para não faltarem com o objetivo de evitar complicações futuras.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: O médico, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem analisarão com cuidado se a UBS dispõe da quantidade necessária de fichas de acompanhamento, caderneta para pessoas com HAS e DM. Quando detectada insuficiência de materiais solicitar ao Secretário de Saúde que providencie as mesmas para que o trabalho seja realizado de forma precisa.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

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

Detalhamento:

Repassar para a secretaria os prontuários dos usuários com HAS e DM com as informações para atualização do SIAB/ e-SUS.

Utilizar nas consultas as fichas de acompanhamento de cada usuário.

Fazer reunião quinzenal para repassar as informações para toda a equipe de saúde, no intuito de envolvê-los ainda mais no acompanhamento.

Com a ajuda dos enfermeiros e dos técnicos em enfermagem, acompanhar semanalmente as fichas de acompanhamento para checar se estão com as informações em dia.

Criar caixas de arquivo para situações de alerta quanto ao acompanhamento das consultas em atraso e quanto ao atraso de realização de exames complementares.

Criar caixas de arquivos para situações de alerta para a não realização de estratificação em risco. Criar arquivos para a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e aos estado de compensação da doença.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

Através de palestras e diálogos na própria consulta, orientar às pessoas com hipertensão ou diabetes e a comunidade sobre o direito de cada usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e conscientizá-los de que esses registros estão na ficha de acompanhamento e sempre que precisarem pode está solicitando na recepção, pois os mesmos estão disponíveis e o acesso a eles não pode ser negado.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa e/ou diabética.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

Capacitar aos técnicos em enfermagem para o registro adequado das informações na ficha de acompanhamento na recepção.

Capacitar os enfermeiros e técnicos em enfermagem para o registro adequado das informações quanto aos procedimentos clínicos realizados em todas as consultas.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

META 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

META 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

Semanalmente realizar busca nas fichas de acompanhamento para verificar quantas pessoas já fizeram pelo menos uma vez a estratificação de risco por ano.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

A cada semana disponibilizar um dia para atendimento de pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Disponibilizar as terças-feiras no calendário da UBS para atendimento às pessoas com hipertensão e/ ou diabéticas.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

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

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

Nas palestras e consultas orientar e conscientizar as pessoas com hipertensão e/ou diabéticas sobre o nível de risco da doença e sobre a importância do acompanhamento regular nas consultas.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

Tirar uma manhã para capacitar aos enfermeiros para a realização da estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo, utilizando Datashow.

Distribuir a Ficha espelho e orientar para que não deixem de registrar todas as informações nela, assim como preencher também a ficha de acompanhamento, pois é um documento.

Orientar para ir modificando a ficha conforme for modificando o estado de saúde do paciente.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

META 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

META 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

A cada consulta e palestra realizada, orientar os usuários sobre a importância de consumir alimentos saudáveis, com pouco sal e açúcar. Orientá-las sobre a importância de realizarem caminhadas e exercícios físicos leves regulares, evitar bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e controle do peso.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

Convidar os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhante para junto com a equipe de saúde receber orientações da nutricionista de como se alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da região.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento:

Convidar os usuários hipertensos e diabéticos e familiares para participar da palestra com a nutricionista e a equipe de saúde sobre a importância da alimentação saudável tanto para hipertensos como para diabéticos.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Através de palestras oferecidas pelo médico e de aulas práticas desenvolvidas pela nutricionista capacitar os enfermeiros, agentes de saúde e técnicos de enfermagem para orientar as pessoas diabéticas e hipertensas nas visitas sobre como se

alimentar bem de forma saudável. E também para que desenvolvam hábitos de alimentação saudável e disseminam para familiares, amigos e toda a comunidade.

META 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

META 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos com os usuários tratados neste item e a equipe de saúde, se os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância da prática regular de atividade física de forma adequada.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

Convidar um educador físico para estar junto com a equipe de saúde nas palestras para passar dicas de como praticar atividades físicas regulares de forma adequada sem sobrecarregar o organismo.

No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.
- Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Detalhamento:

Convidar, no decorrer das consultas, através de anúncio no carro de som e aviso no mural da UBS, todas as pessoas hipertensas e /ou diabéticas e a comunidade para participar das palestras ofertadas pela equipe de saúde juntamente com outros profissionais, entre eles o educador físico, que orientará sobre a importância da prática regular de atividade física e dicas de como fazê-las de forma adequada respeitando horários, entre outros.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Envolver toda a equipe de saúde nas palestras com o educador físico, para que recebam orientações e se capacitam promover orientações e aulas sobre prática de atividade física regular a toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

META 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

META 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos com os usuários tratados neste item e a equipe de saúde, se os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância dos riscos que os usuários correm com o uso do tabagismo.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento:

Através de uma reunião ou diálogo/conversa procurar saber do gestor se a Secretaria de Saúde já aderiu ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde, se a resposta for não, informar sobre o programa e conscientizá-lo da importância da adesão para um melhor controle dos riscos de saúde aos usuários com hipertensão e diabetes.

No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabéticas tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

Nas palestras e no mural da UBS, orientar as pessoas hipertensas e diabéticas, bem como toda a comunidade sobre a existência do tratamento para pessoas que fazem uso do tabagismo.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Capacitar aos enfermeiros para juntos ministrarmos palestras coletivas, na UBS, nas consultas no interior e nas visitas domiciliares e para as pessoas hipertensas e diabéticas, passando as informações necessárias e oferecendo tratamento para os que quiserem parar de fumar.

META 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

META 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento:

Anexar uma ficha extra com o intuito de colher informações sobre o estado da saúde bucal de cada paciente.

A cada semana, com a ajuda dos enfermeiros e técnicos em enfermagem verificar as fichas de acompanhamento para acompanhar se os usuários com hipertensão e diabetes recebem freqüentemente orientações sobre higiene bucal.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

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

Detalhamento:

Disponibilizar no mínimo 10 minutos de consultas para cada paciente dependendo da quantidade de paciente podendo até se estender no intuito de passar todas as informações e orientá-los melhor durante as consultas.

No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Juntamente com a equipe de saúde e odontólogo ministrarem palestras na UBS, nas consultas no interior sobre a importância da escovação correta dos dentes após cada refeição, e nas visitas domiciliares conversar com os usuários e familiares sobre a importância da higienização bucal de forma adequada.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

Convidar ao odontólogo para ministrar uma atividade educativa aos enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem sobre como manter a saúde bucal em perfeitas condições, assim nas consultas e através de palestras eles possam está orientando corretamente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre as formas de manter a saúde bucal e sobre a importância de procurar cada seis meses o dentista para verificar o estado dos dentes.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 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 à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir 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.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e ou Diabete Mellitus vamos adotar o Caderno número 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.

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

Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos também utilizaremos dados do SIAB (Ficha A) e da ficha-B hipertensos e diabéticos dos ACS.

Utilizaremos a ficha espelho de hipertensão e diabetes disponibilizada pelo curso. Como na Ficha Espelho fornecida pelo Curso não temos um local específico para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos adicionar um local na Ficha Espelho para a coleta desse dado.

Pretendemos durante a intervenção cadastrar 80% dos hipertensos e 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e cumprir 100% nas metas dos indicadores de qualidades para os dois agravos. Organizaremos a agenda da equipe para atendermos semanalmente cerca 50 pessoas portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e 15 pessoas com Diabetes mellitus. Ressaltamos que os atendimentos clínicos serão realizados pelo médico e enfermeira da equipe e estes serão os responsáveis pelo cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM na intervenção (Programa de Atenção ao Diabéticos e ao Hipertenso). Junto ao gestor providenciaremos cerca de 1000 fichas espelo para o cadastramento e acompanhamento destes.

Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente estaremos realizando um levantamento do número hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HA e à DM na ESF.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro e médico revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 4 meses.

As profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a Ficha Espelho e ao mesmo tempo realizarão o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pés, com medida da sensibilidade dos pés.

Para registro das informações de atendimento para viabilizar o monitoramento das ações utilizaremos instrumentos de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade o prontuário clínico individual, a ficha espelho e Ficha Complementar.

Organizaremos o “arquivo específico” que proporcionará revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará muito a busca de faltosos.

Para a organização do arquivo os prontuários com ficha-espelho e ficha complementar serão organizados por ACS.

Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pelo médico e enfermeiro semanalmente para monitorar indicadores de qualidade.

Nisto será monitorado a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, bem como sobre a periodicidade recomendada para estes exames. Também serão monitorados semanalmente os hipertensos e /ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Deve-se também monitorar o acesso dos diabéticos e hipertensos a medicamentos da Farmácia Popular.

Também será monitorado o Livro de Registros onde se registrarão a aferição da PA e realização de Glicemia Capilar (de acordo com o risco e ou PA sustentada

maior que 135/80 mmHG). No caderno 36 temos na página 27 alguns critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos. Veja que precisamos apenas realizar o HGT(hemoglicoteste) de pessoas maiores de 18 anos de idade que apresentarem pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e/ou diabéticos e estabelecer os faltosos a consulta, serão revisados os registro da Ficha-B hipertensos e Ficha B-Diabéticos pelo ACS que nos informarão na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

Será analisado o livro de registro de hipertensos e diabéticos, com o objetivo que todos os usuários cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal.

No monitoramento de estratificação do risco cardiovascular em diabético e/ou hipertenso, será revisado pelo médico nos dias indicados para o atendimento deste grupo, com prontuário individual segundo protocolo que deve está realizado ao menos uma vez ao ano a todos os usuários e os que não tenham sido feita essa avaliação, será feita durante a consulta médica.

Mensalmente o enfermeiro e o medico examinarão as fichas espelho, fichas complementares e Planilha de Monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção.

Os dados coletados serão colocados em uma planilha do Excel para análise (Planilha de Acompanhamento de Coleta de Dados).

O Monitoramento dos dados será realizado semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais.

No eixo de organização e Gestão do serviço inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe. Buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da APS.

Para efeito de levantamento de dados e atualização do número de Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe, utilizaremos os dados dos ACS fornecidos pela Ficha A do SIAB, com o apoio dos ACS, buscaremos cruzar

as informações do SIAB com os dados levantados na ESF para saber a real cobertura da equipe nesta ação programática.

Para garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos no Programa a equipe estará atendendo aos Hipertensos e diabéticos com consulta programada em dois dias na semana, conforme decidido em equipe.

O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência. Em todas as visitas domiciliares o ACS deverá informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, bem como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, a importância do rastreamento da DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

O Cadastramento durante a Intervenção será realizado pelo médico e enfermeiro na consulta clínica na ESF ou em visita domiciliar.

O acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. As consulta de rotina, terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 7 dias.

Semanalmente o ACS fará busca ativa dos cadastrados que não tiverem comparecido no serviço na data de consulta programada agendada.

Devemos assegurar com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos.

Devemos buscar também junto à gestão assegurar o encaminhamento do Hipertenso e Diabético a exames complementares a outros níveis do Sistema.

Devemos organizar a as agendas do médico e enfermeiro para acolher a demanda referenciada destes usuários das demandas espontâneas bem como das provenientes das buscas ativas.

Devemos organizar com o gestor a forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os Hipertensos e Diabéticos, principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após a

avaliação do médico e do Enfermeiro da equipe.

Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento aos cirurgiões dentistas para realização da primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

O ACS semanalmente nas visitas domiciliar fará busca ativa dos faltosos às consultas clínicas quanto para os atendimentos odontológicos e organizaráem conjunto com o medico e enfermeiro a agenda para acolher esses usuários.

No Eixo de Engajamento Público, para sensibilizar a comunidade, serão realizadas reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da ESF e solicitará o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertenso e diabético, orientando-os sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento dessas doenças. Orientar os usuários e a comunidades quanto a riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares. Sensibilizar os usuários e a comunidade sobre a importância de assistir às consultas. Em estas atividades se realizaram em palestras, conversas, grupos, donde serão responsáveis o medico e o enfermeiro, pero teriam participação todo o equipe.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica, para viabilizar a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo temos que a análise situacional da definição de o foco de intervenção foi discutida com a equipe na ESF, assim começaremos com a capacitação sobre o Protocolo da Hipertensão e Diabetes pelo MS para que toda a equipe utilize igual referencias com o manejo dos usuários hipertensos e diabéticos. Antes da Intervenção buscaremos fazer a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e capacitar a equipe para o uso dos impressos e registro das ações. Também organizaremos o acolhimento e o fluxo de encaminhamento do usuário dentro da ESF. As reuniões e capacitações ocorrerão no Salão de Reuniões da ESF serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário da reunião da equipe e serão realizadas nas duas primeiras Semanas da Intervenção. As capacitações acerca do protocolo serão ministradas/coordenadas pelo médico, enfermeiro. Inicialmente trabalharemos sobre os fatores de risco para estas duas doenças. Capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade

de saúde e utilização correta da Ficha B do SIAB. Capacitaremos as Técnicas de Enfermagem 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. Médico e enfermeiro buscará atualizar sobre a realização de exame clínica apropriada e exames complementares baseados no Protocolo e para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sua importância do registro desta avaliação. Será também orientado em capacitação da equipe sobre estratificação de risco, mesmo que esta avaliação seja feita em consulta clínica, toda a equipe deve conhecer os critérios desta estratificação. Discutiremos na capacitação as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular /hiperdia. Buscaremos capacitar os ACS e demais componentes da equipe para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à importância do acompanhamento regular das consultas e suas periodicidades

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A maioria das ações previstas no Projeto de Intervenção foi desenvolvida a contento. O trabalho do ACS foi fundamental, pois eles buscaram na comunidade as pessoas com hipertensão e diabetes para serem cadastrados no Programa de hipertensão e Diabetes na UBS. No eixo de qualificação da prática clínica tivemos vantagens, pois com a capacitação da equipe e com as reuniões de equipe conseguimos organizar o serviço e conseguimos obter bons resultados no atendimento aos usuários cadastrados. Fizemos adequadamente a aferição e monitoramento da pressão arterial, altura, peso, circunferência braquial e abdominal, exames clínicos, laboratoriais avaliação da saúde bucal, orientações sobre alimentação saudável, exames dos pés dos diabéticos. Boa parte das ações era realizada durante a consulta clínica do médico e da enfermeira, mas os técnicos também colaboravam na aferição dos dados antropométricos e pressão arterial e HET. e nas orientações. Devemos mencionar o trabalho no acolhimento, destacando principalmente o trabalho da recepcionista, na atenção aos usuários. Outro mérito foi o controle no estoque de medicamentos e insumos para a atenção aos usuários cadastrados. Destacamos também as palestras realizadas

A dificuldade que tivemos foi à adesão dos usuários. Poucos compareceram à UBS conforme a solicitação dos ACS para serem cadastrados e serem acompanhados adequadamente pela equipe.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não conseguimos levar a “intervenção” para a UBS Rincão São Pedro onde atendemos a uma população de 750 habitantes. Os atendimentos são apenas às

quintas-feiras das 8 da manhã às 12 horas e isto dificultaria a logística da intervenção, principalmente não tocante às ações de promoção em saúde na comunidade. A UBS é de menor porte que a UBS Vila Paz e não tem as comodidades necessárias para um bom atendimento da população. Estamos junto ao gestor planejando organizarmos o processo de trabalho para também qualificarmos a atenção à pessoa com DM e HAS na UBS Rincão São Pedro

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldade para a coleta e sistematização dos dados.

A ficha espelho e Planilha de Coleta de Dados elaborada pelo Curso foram bem alimentadas e a cada quinta-feira alimentávamos a PCD com os dados da Ficha Espelho dos atendimentos realizado de segunda-feira a quinta-feira.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações de intervenção que se fez na ESF Vila Paz foi um trabalho importante realizado pela Equipe. As ações da intervenção estão incorporadas à rotina da UBS.

Pretendemos realizar outras intervenções em outras ações programáticas nos mesmos moldes do Projeto da Intervenção que fora realizada. Pretendemos intervir na atenção de atenção ao pré-natal, puerpério e outros grupos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A UBS Vila Paz, localizada na área urbana do município São Luiz Gonzaga desenvolveu o seu trabalho com uma equipe de saúde formada por um médico, um enfermeiro, 2 técnicos em enfermagem, 1 auxiliar administrativa, 1 odontólogo, 1 auxiliar saúde bucal, 7 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de higienização atendendo a uma população de 3.360 em uma estrutura física composta por uma recepção, um consultório médico, consultório enfermagem, uma sala de vacinação, uma sala de curativos, um banheiro publico, uma sala de reunião, um consultório odontológico, uma cozinha.

No período de 27/07/2015 a 16/10/2015, realizamos uma intervenção para a “Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.

A intervenção para ser realizada em 16 semanas, no entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS, mas não houve prejuízo para a comunidade.

O publico alvo da intervenção eram as pessoas maiores de 20 anos de idade portadoras de hipertensão e/ou diabetes.

Segundo a população da área de abrangência daequipecom3. 360 pessoas estimava-se pelo CAP 2386 pessoas com 20 anos ou mais e destes estimava-se 752 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 215 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes.

Para monitoramento a análise da cobertura e dos indicadores de qualidade adotou na PCD o numero de Diabetes e Hipertensos que tínhamos em nossos registros que eram 466 hipertensos e 109 diabéticos. Este era o nosso publico alvo.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas.

A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

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

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

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

Segundo a figura 1 no primeiro mês de intervenção foicadastrado um total de 52 (11,2%) usuários hipertensos, no segundo mês 105 (22,5%) e ao terceiro mês tivemos um total de 160 (34,3%) de usuários hipertensos cadastrados.

O projeto se fez seguindo os cronogramas, tendo facilidades como ser a boa predisposição da equipe de saúde, dos usuários que concorrem ao grupo dos hipertensos e diabéticos.

A dificuldade dos cadastramentos dos usuários faltosos de consultas ou exames de laboratórios e clínicos, os que não concorrem porque trabalham, ou consultam com médicos privados, ou enviam aos familiares para fazer os pedidos de laboratórios e os resultados são trazidos por seus familiares ao médico, por tanto isso usuários não são possíveis de cadastrá-los.

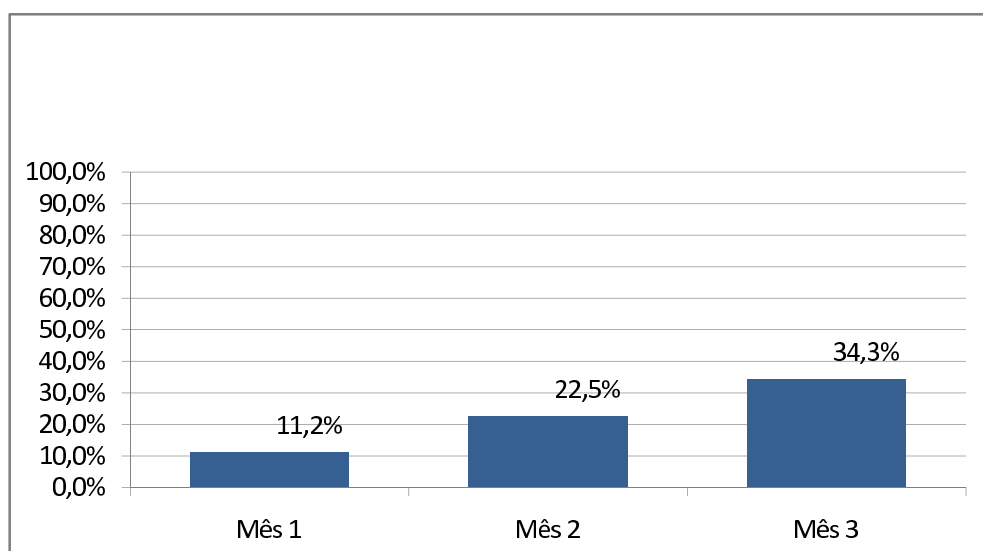


Figura 1-Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de

Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Segundo a Figura 2, no primeiro mês da intervenção foram cadastrados 23 (21,1%) diabéticos, no 2º mês cadastramos 38 (34,9%) usuários com diabetes, e no 3º mês finalizamos a intervenção com 47 (43,1%) diabéticos da área de abrangência cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

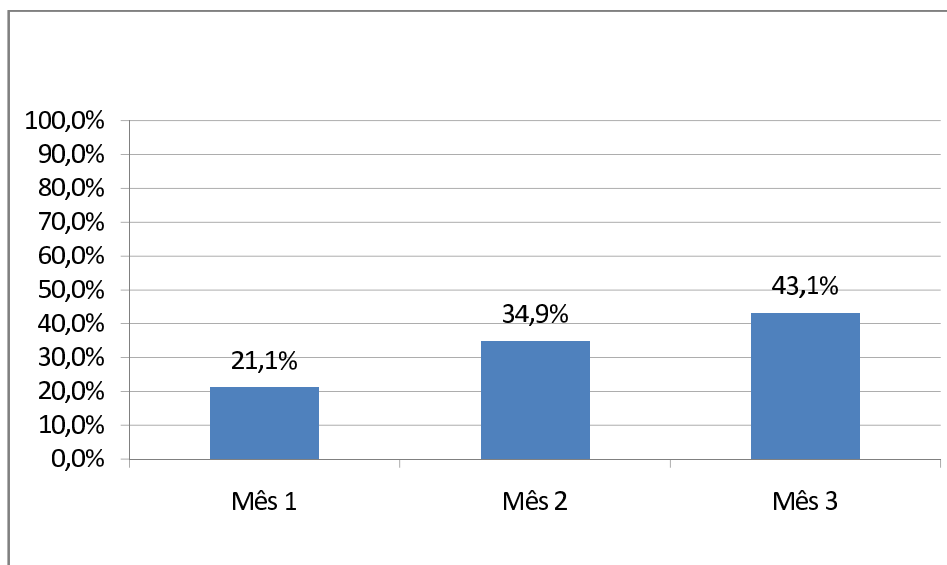


Figura 2-Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

De acordo com a Figura 3, no primeiro mês da intervenção tivemos 49(94,2%) hipertensos com exame clínico em dia, no segundo mês 93 (88,6%) e no terceiro mês finalizamos com 148 (92,5%) hipertensos cadastrados com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

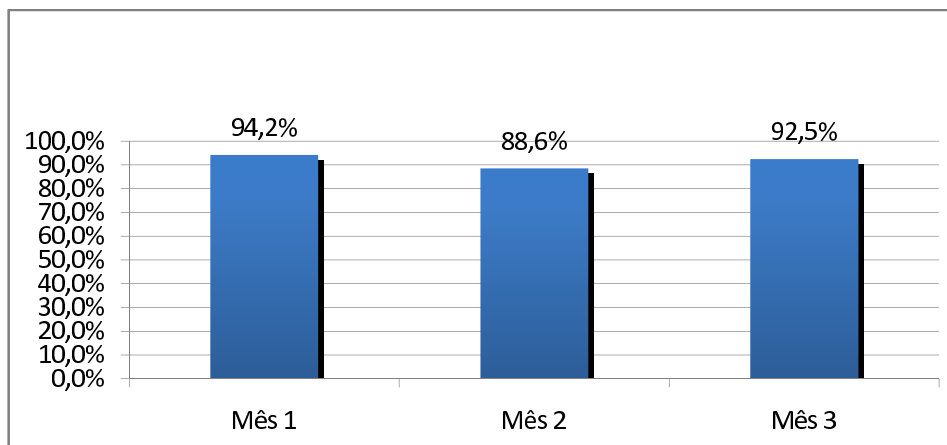


Figura 3 - Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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

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

Com relação aos usuários diabéticos, observamos na Figura 4 que ao longo dos três meses da intervenção conseguimos no primeiro mês 23 (100%) diabético com exame clínico em dia, no mês 2 foram 34 (89,5%) e no terceiro mês finalizamos com os 43 (91,5%) diabéticos cadastrados com o exame clínico em dia.

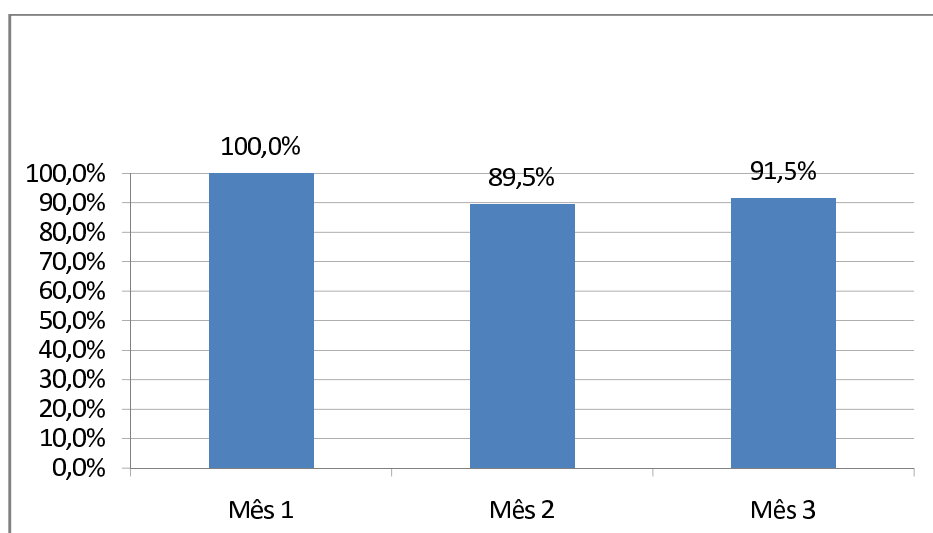


Figura 4 - Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Na Figura 5 verifica-se que no Mês 1, que 49 (94,2%) hipertensos cadastrados estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No segundo mês 93 (88,6%) e no terceiro mês finalizamos com 148(92,5%) hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

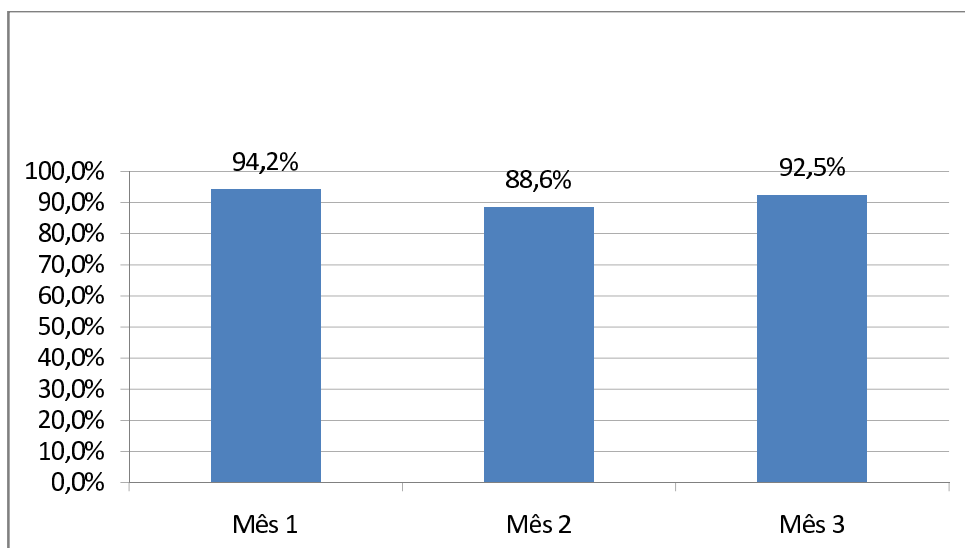


Figura 5-Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Na Figura 6 verifica-se que no Mês 1, 23(100%) diabéticos cadastrados estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No segundo mês 34 (89,5%) e no terceiro mês finalizamos com 43(91,5%) diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

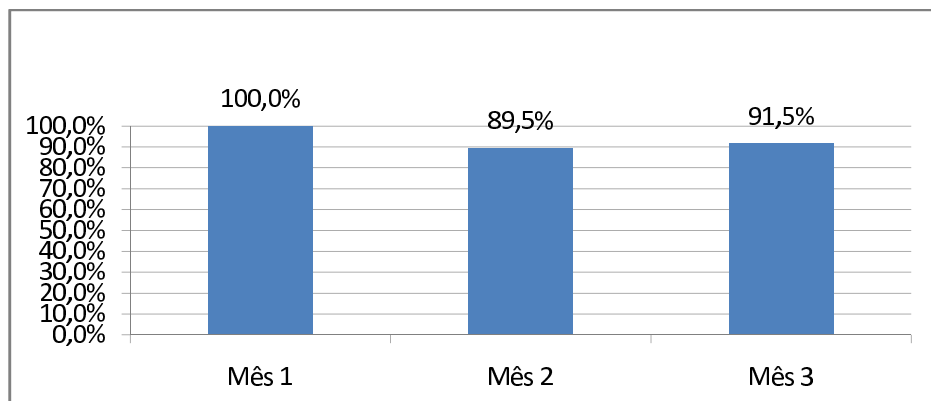


Figura 6-Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Em relação aos hipertensos, todos eles precisaram de medicação para o controle dos níveis pressóricos. Este Indicador teve em todos os meses da intervenção a meta de 100% alcançada.

No Mês 1, tivemos os 52(100%) hipertensos cadastrados precisaram de prescrição de medicação para controlar os níveis pressóricos e tiveram prescritos prioritariamente os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No segundo mês foram os 105(100%) hipertensos e finalizamos o terceiro mês com os 160 (100%) hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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.

Em relação aos diabéticos, também todos eles precisaram de medição para o controle dos níveis glicêmicos. Este Indicador teve em todos os meses da intervenção a meta de 100% alcançada.

No Mês 1, tivemos os 23(100%) diabéticos cadastrados que precisaram de prescrição de medicação para controlar o níveis glicêmicos e tiveram prescritos prioritariamente os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês foram os 38 (100%) diabéticos e finalizamos o terceiro mês com os 47 (100%) diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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.

De acordo com a Figura 7 vemos que no mês 1 tivemos 19 (36,5%) hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foram 59 (56,2%) hipertensos e finalizamos o terceiro mês com os 114 (71,3%) hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

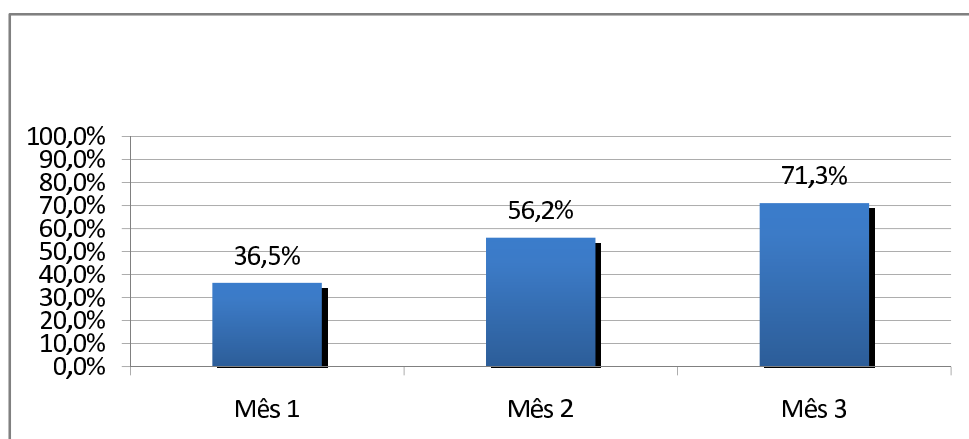


Figura 7-Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico naESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

De acordo com a Figura 8 vemos que no mês 1 tivemos 12 (52,2%) hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foram 25 (65,8%) diabéticos e finalizamos o terceiro mês com os 34 (72,3%) diabéticos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

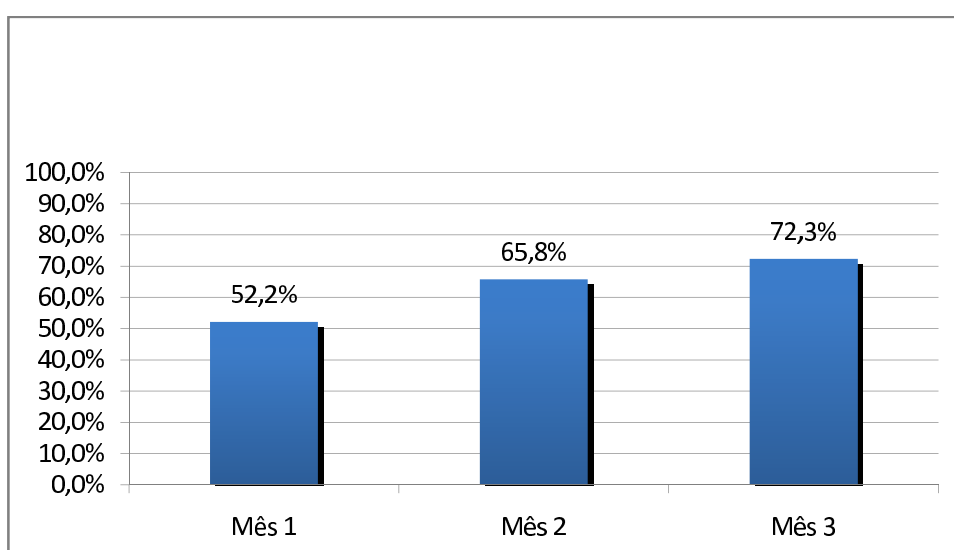


Figura 8 Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Conforme demonstrado na Figura 9 no mês 1 da intervenção tivemos 5 hipertensos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados 4 (80%) destes hipertensos faltosos, no segundo mês faltaram 24 e foram buscados 23 (95,8%) e no terceiro mês finalizamos com 36 hipertensos faltosos e 35 (97,2%) usuários hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

O trabalho dos ACS foi importante nesta busca ativa. Eles buscavam através de visitas domiciliares àqueles hipertensos faltosos às consultas clínicas previamente agendadas e também aqueles que são hipertensos, mas não fazem acompanhamento na UBS. Temos na área de abrangência da UBS pessoas com hipertensão que não fazem acompanhamento na UBS porque são acompanhados em clínicas privadas.

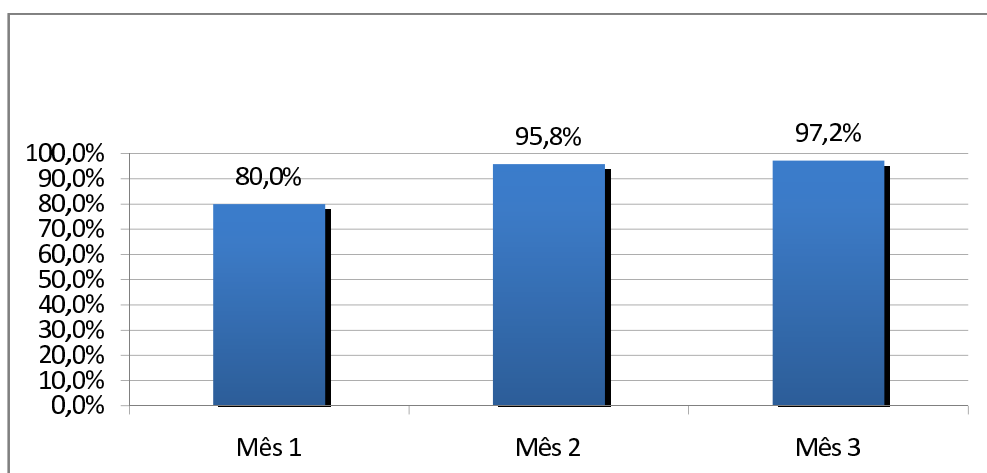


Figura 9 Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Conforme demonstrado na Figura 10 no mês 1 da intervenção tivemos 2 diabéticos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados 2 (100%) destes diabéticos faltosos, no segundo mês faltaram 9 e foram buscados 8 (89,9%) e no terceiro mês finalizamos com 11 diabéticos faltosos e 10 (90,0%) usuários hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

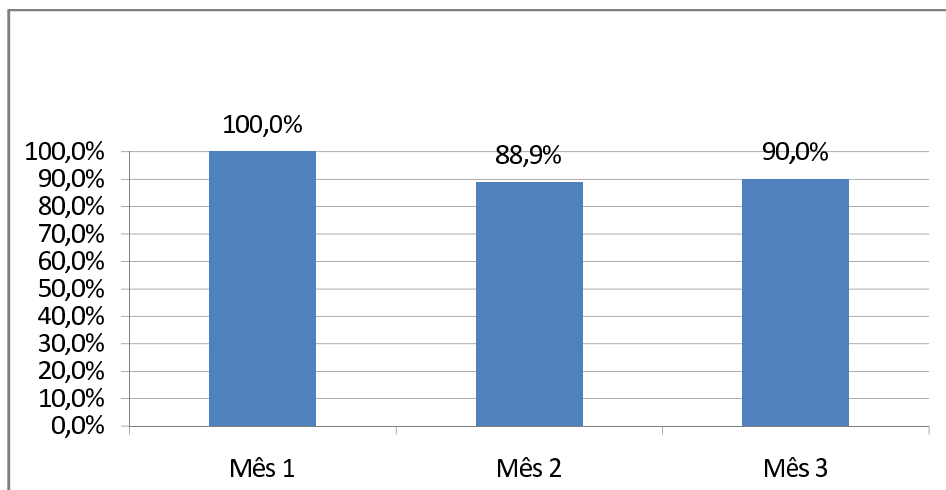


Figura 10 Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Com relação à proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês de foram 48 (92,3%) dos hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês foram 96 (91,4%) e no terceiro mês foram 151 (94,4%) hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento, como pode ser observado na Figura 11.

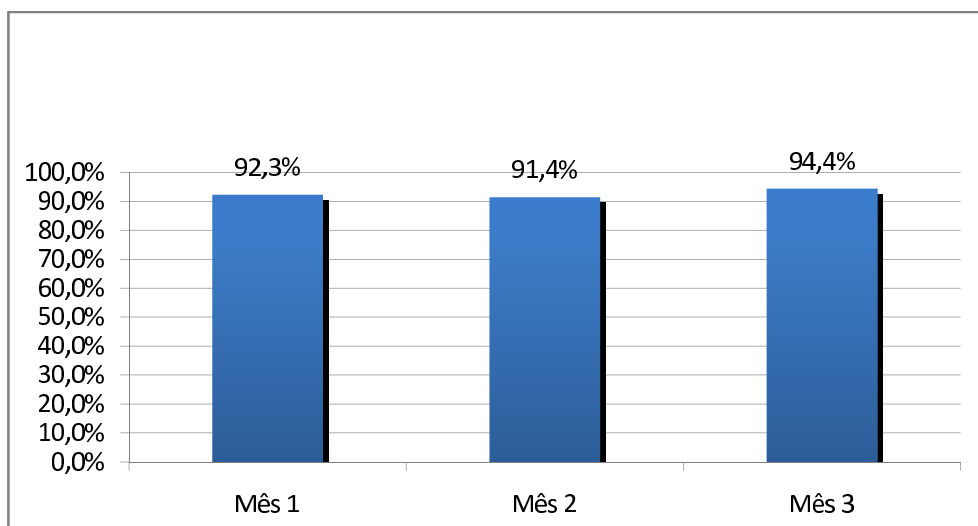


Figura 11 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Segundo a Figura 12, com relação à proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês de foram 22(95,7%) dos diabéticos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês foram 34(89,5%) e no terceiro mês foram 43(91,5%) diabéticos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento.

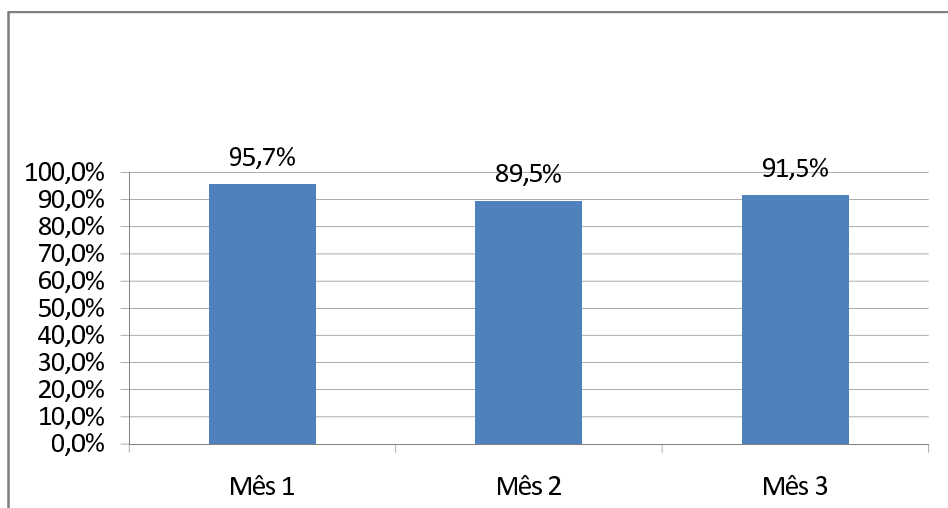


Figura 12 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Como pode verificar na Figura 13, com relação aos usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia, no primeiro mês conseguimos mapear 42(80,8%) dos hipertensos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês foram 95 (90,5%) e no terceiro mês 150 (93,8%) usuários hipertensos cadastrados estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia. Fizeram-se durante as consultas, as orientações dos grupos de hipertensos sobre a alimentação saudável, como assim também durante as palestras.

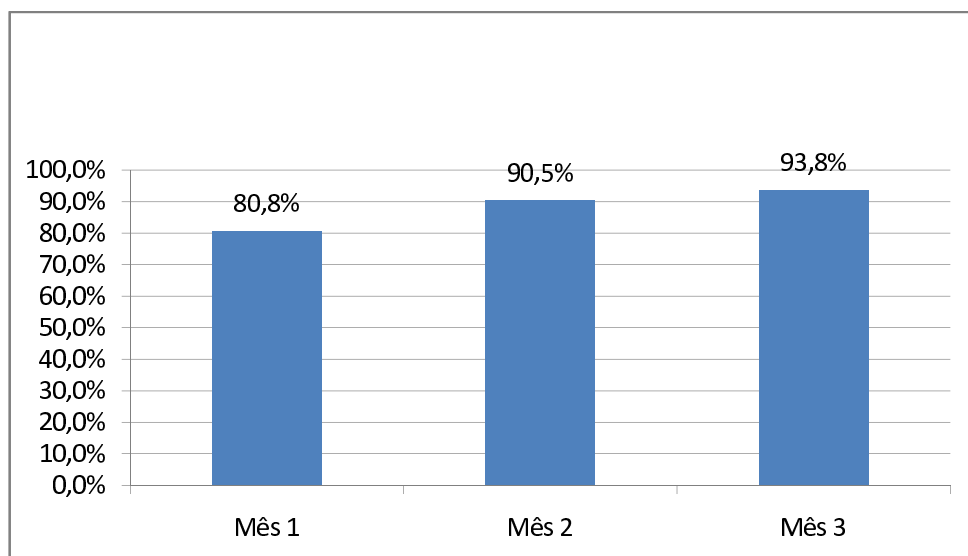


Figura 13 Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Como pode verificar na Figura 14, com relação aos usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular em dia, no primeiro mês conseguimos mapear 18(78,3%) dos diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês foram 35 (92,1%) e no terceiro mês 44 (93,6%) usuários diabéticos cadastrados estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia. Também os riscos cardiovasculares nos diabéticos foram estratificados e avaliados seguindo os protocolos do Ministério da Saúde.

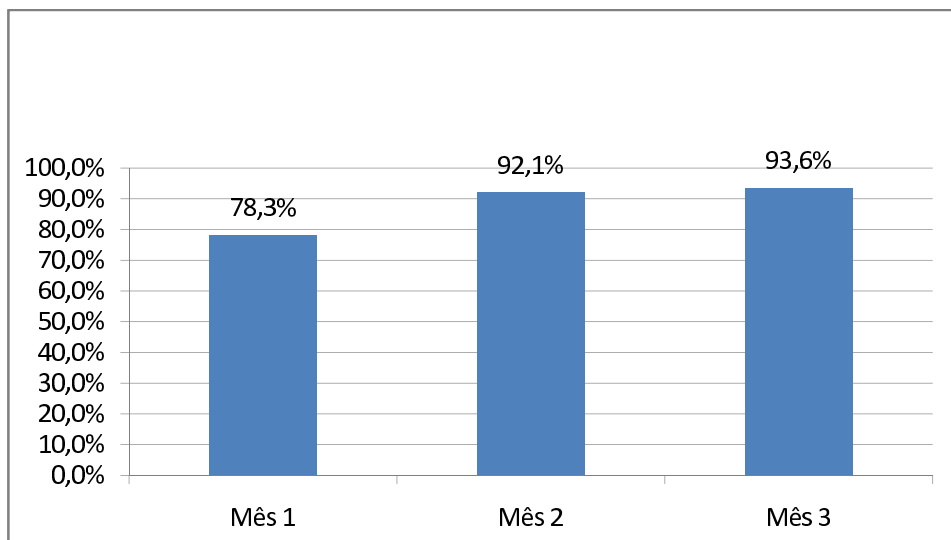


Figura 14 Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

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.

Este Indicador teve em todos os meses da intervenção a meta de 100% alcançada.

No Mês 1, tivemos os 52(100%) hipertensos cadastrados com orientação nutricional sobre alimentação saudável. No segundo mês foram os 105(100%) hipertensos e finalizamos o terceiro mês com os 160 (100%) hipertensos cadastrados com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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.

Este Indicador teve em todos os meses da intervenção a meta de 100% alcançada.

No Mês 1, tivemos os 23(100%) diabéticos cadastrados com orientação nutricional sobre alimentação saudável, No segundo mês foram os 38 (100%) diabéticos e

finalizamos o terceiro mês com os 47 (100%) diabéticos cadastrados com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

Este Indicador teve em todos os meses da intervenção a meta de 100% alcançada.

No Mês 1, tivemos os 52(100%) hipertensos cadastrados com orientação com orientação sobre prática regular de atividade física. No segundo mês foram os 105 (100%) hipertensos e finalizamos o terceiro mês com os 160 (100%) hipertensos cadastrados com orientação sobre prática regular de atividade física.

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.

Este Indicador teve em todos os meses da intervenção a meta de 100% alcançada.

No Mês 1, tivemos os 23(100%) diabéticos cadastrados com orientação sobre prática regular de atividade física. No segundo mês foram os 38 (100%) diabéticos e finalizamos o terceiro mês com os 47 (100%) diabéticos cadastrados com orientação sobre prática regular de atividade física.

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.

Este Indicador teve em todos os meses da intervenção a meta de 100% alcançada.

No Mês 1, tivemos os 52(100%) hipertensos cadastrados com orientação sobre os riscos do tabagismo. No segundo mês foram os 105 (100%) hipertensos e finalizamos o terceiro mês com os 160 (100%) hipertensos cadastrados com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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.

Este Indicador teve em todos os meses da intervenção a meta de 100% alcançada.

No Mês 1, tivemos os 23(100%) diabéticos cadastrados com orientação sobre os riscos do tabagismo. No segundo mês foram os 38 (100%) diabéticos e finalizamos o terceiro mês com os 47 (100%) diabéticos cadastrados com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

No Mês 1, tivemos os 52(100%) hipertensos cadastrados com orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 104 (99%) hipertensos e finalizamos o terceiro mês com os 159 (99,4%) hipertensos cadastrados com orientação sobre higiene bucal. (Figura 15)

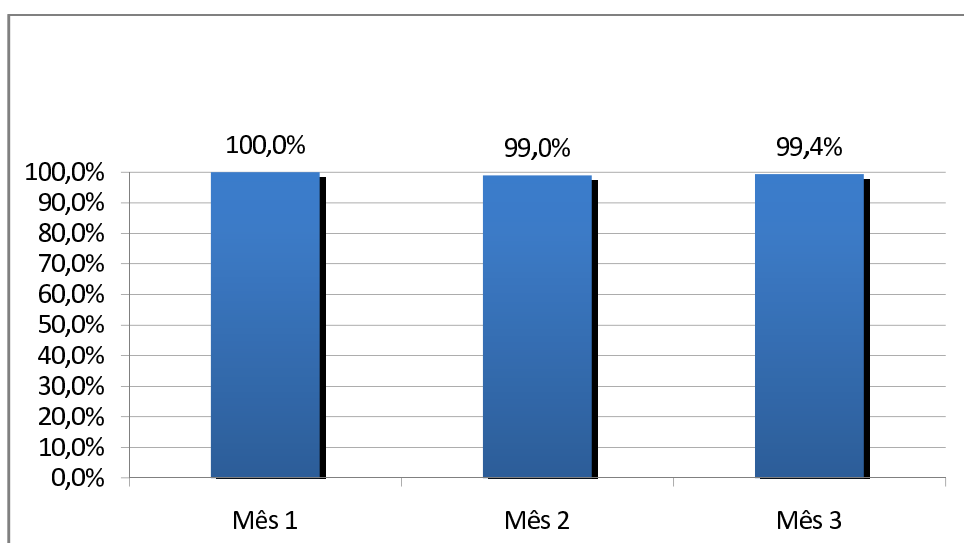


Figura 15 Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

De acordo com a Figura 16, no Mês1, tivemos os 23(100%) diabéticos cadastrados com orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 37 (97,4%) diabéticos e finalizamos o terceiro mês com os 46 (97,4 %) diabéticos cadastrados com orientação sobre higiene bucal. Os usuários diabéticos também foram avaliados da mesma forma que os hipertensos, e segundo a necessidade de tratamento odontológico é encaminhado ao odontólogo.

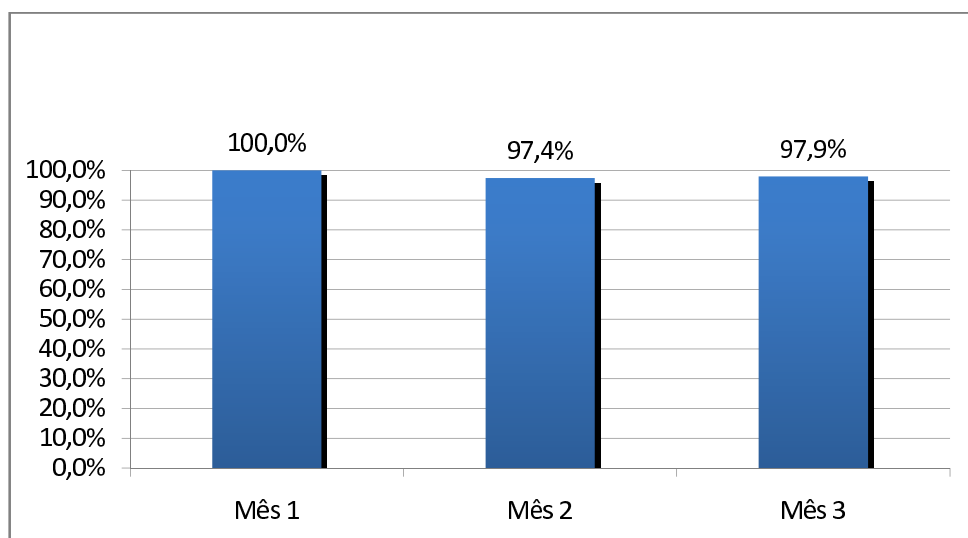


Figura 16 Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Vila Paz, São Luiz Gonzaga/RS.2015.

4.2 Discussão

O projeto de intervenção na Unidade Básica de saúde foi um trabalho importante pensando em a saúde dos usuários com antecedentes de hipertensão arterial / diabetes mellitus, que utilizam a Unidade de Saúde.

O Resultado da intervenção para a equipe e para o serviço demonstra uma melhor organização do processo de trabalho da equipe. O processo de trabalho de todos os membros foram articulados tendo cada um dos integrantes as suas

responsabilidades em cada ação determinada como por exemplo na recepção do usuário na UBS e a busca dos prontuários, agendamento dos usuários e preenchimento dos cabeçalhos da Ficha Espelho e Prontuários que ficou a cargo da recepcionista.

A aferição dos sinais vitais (aferição da Pressão Arterial, principalmente) e aferição de outros dados antropométricos como peso, altura, perímetro braquial e abdominal e realização do HGT (nos casos indicados) ficaram a cargo das Técnicas de enfermagem e enfermeira. Também no exame físico completo tivemos a colaboração da Enfermeira da UBS onde ela também fazia a avaliação em saúde bucal, classificação de risco, avaliação dos pés dos diabéticos, verificação dos pulsos arteriais distais (dos pés) e verificação de outros sinais indicativos de neuropatias diabéticas.

A enfermeira é também responsável administrativa da UBS e ela também fora responsável pelo monitoramento não só dos resultados da intervenção como também do controle de medicamentos, materiais e insumos para o andamento da intervenção. Também fora responsável pelos ACS e organização do trabalho dos mesmos.

Os ACS foram os encarregados de fazer os trabalhos “de campo”, atualizando os seus cadastros (Ficha A/SIAB), buscando os usuários faltosos e divulgação do Programa de Atenção ao Hipertensos e Diabético que estava e está sendo realizado na UBS. Eles são os responsáveis pela “propaganda boca-a boca”. Também o ACS é que faziam e fazem o levantamento e agendamento da visita da equipe aos usuários acamados e ou aos resistentes à adesão ao programa.

O médico fora o responsável do acolhimento dos usuários para a atenção médica, realizar os exames clínico, de laboratório, avaliação da saúde bucal, e pés diabéticos, acompanhamento nos prontuários com os registros obtidos, controle da medicação prescrita, preencher as fichas espelhos, fazer as palestras para os usuários dos grupos de HAS/DM dentre outras ações que eram compartilhadas também com a enfermeira da equipe.

A Auxiliar de Consultório Odontológico fora encarregado de agendar aos usuários que são encaminhados pelo médico, enfermeira ou técnicas de enfermagem para a consulta com odontólogo, e precisamente o profissional odontólogo é quem faz a atenção e tratamento da saúde bucal dos usuários.

Acreditamos que as metas de cobertura e muitas das metas de qualidade e não foram atingidas no primeiros meses devido que estes primeiros meses foram um período de “adaptação” onde agora reconhecemos as nossas falhas e nossa dificuldades e buscaremos em conjunto com a equipe mantermos as metas, ações e objetivos propostos na Intervenção no cotidiano do trabalho da equipe.

Melhoramos sensivelmente a cada dia na atenção em saúde bucal, principalmente quando entendemos que o profissional médico e enfermeiro farão esta avaliação e encaminharão os usuários para a atenção odontológica.

As ações feitas possibilitam fornecer uma cobertura maior, melhorando a atenção aos usuários com DM e HAS , os exames clínicos e laboratoriais estão mais facilitados ao acesso a estes usuários, estamos realizando as avaliação em saúde bucal, exame clínico adequado com estratificação dos riscos cardiovasculares, estamos fornecendo com regularidade os medicamentos da farmácia popular, fazendo as atividades de promoção em saúde junto à comunidade divulgando os riscos da HAS e DM bem como sobre os hábitos de vida saudáveis.

Em fim, a intervenção enfatiza para a equipe, gestão e comunidade a necessidade de cada dia trabalharmos para implementar uma melhor atenção aos usuários da área de abrangência de ESF, e que ao longo do tempo iremos nestes mesmos moldes desta intervenção realizadas implementarmos para outras ações programáticas típicas da Atenção Primária em Saúde trabalhadas no cotidiano de nossa equipe(pré-natal e puerpério, puericultura, atenção ao idoso dentre outros grupos).

5 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção que se fez na ESF sobre a hipertensão/diabetes é um projeto importante para a equipe e para a comunidade, onde se trabalhou buscando a melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da UBS ESF Vila Paz.

O foco que escolhemos visa trabalhar em duas patologias que provocam um alto nível de risco de morbidade e mortalidade por doença cardiovascular e lesões nos órgãos alvos como rins, cérebro e olhos e sistema cardiovascular. A ação importante nesta intervenção é trabalharmos com a população as ações de prevenção e promoção da saúde com orientações sobre uma boa alimentação, prática de exercícios físicos, abandono do tabagismo. Também trabalhamos exaustivamente para que a população entenda a importância do acompanhamento clínico e adesão aos tratamentos instituídos pelos profissionais bem como o uso correto da medicação prescrita. Falamos também sobre a importância dos exames laboratoriais e complementares solicitados durante a consulta clínica.

Antes do começo da intervenção os dados acerca do atendimento no Programa de Hipertensão e Diabetes não tinham regularidade e não eram anotados adequadamente o exame clínico e os exames laboratoriais.

Durante a intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, 160 (34,3%) dos 466 usuários hipertensos e 47 (43,1%) dos 109 diabéticos da área. Nos indicadores de qualidade destacamos que 148 (92,5%) hipertensos cadastrados e os 43 (91,5%) diabéticos cadastrados estão com o exame clínico em dia. Finalizamos também com 148 (92,5%) hipertensos e 43 (91,5%) diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado e 150 (93,8%) dos hipertensos e 44 (93,6%) usuários diabéticos cadastrados estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia. Com relação ao registro adequado na ficha de acompanhamento

conseguimos finalizar com 151(93,4%) dos hipertensos e 43 (91,5%) dos diabéticos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento. Nas ações de promoção à saúde não nos descuidamos das orientações e atividades de educação em saúde para a comunidade e para os usuários durante as consultas clínicas e na realização das palestras. Finalizamos a intervenção com 100% dos usuários com hipertensão e diabetes com orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e o risco do tabagismo.

Para conseguirmos tão boas resultados seguimos o Projeto e Intervenção e um cronograma estabelecido e conseguimos melhorar sensivelmente o registro nos prontuários e ficha espelho, melhoramos a qualidade do exame físico e laboratorial.

Tivemos muitas dificuldades logo no início da intervenção quando vimos à baixa adesão das pessoas com hipertensão e diabetes ao programa. Outra dificuldade que vimos ao começo e se mantém é a falta de conscientização de alguns usuários sobre alimentação, tabagismo, atividades físicas.

Pretendemos nestes mesmos moldes do Projeto que trabalhamos nesta intervenção implantar outros projetos de intervenção nas demais ações programáticas de pré-natal e puerpério, puericultura, prevenção de câncer de colo de útero e de mama e na saúde do idoso.

É muito importante o apoio da gestão para que a nossa equipe possa continuar com a intervenção e para que possamos implantar outras intervenções na UBS. Precisamos de apoio principalmente na logística e para nos ajudar na divulgação do Programa de Hipertensão e Diabetes para comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

Por um período de 12 semanas a equipe da ESF Vila Paz realizou uma intervenção que contribuiu para a melhora dos atendimentos na ESF dos usuários com hipertensão e diabetes. Buscamos realizar ações para melhorar o exame clínico e na indicação de exames de laboratório e outros exames importantes. Na Unidade fornecemos medicação para controle da pressão arterial e para o diabetes. É importante falar que esta intervenção está fazendo parte da rotina da UBS e pretendemos implantar outras intervenções no pré-natal, puerpério, prevenção de câncer de mama e de colo de útero, na atenção à criança e ao idoso.

Neste primeiro momento fizemos a intervenção para o grupo de hipertensos problemas nos rins, nos olhos, e aumentam o risco de derrame e de feridas que não cicatrizam e podem provocar amputações.

Durante a intervenção conseguimos cadastrar no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, 160 (34,3%) dos 466 usuários hipertensos e 47 (43,1%) dos 109 diabéticos da área.

Também conseguimos que 148 (92,5%) hipertensos cadastrados e 43 (91,5%) diabéticos cadastrados estão com o exame clínico em dia. Finalizamos também com 148 (92,5%) hipertensos e 43 (91,5%) diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado e 150 (93,8%) dos hipertensos e 44 (93,6%) usuários diabéticos cadastrados estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia.

Nas ações de promoção à saúde não nos descuidamos das orientações e atividades de educação em saúde para a comunidade e para os usuários durante as consultas clínicas e na realização das palestras. Finalizamos a intervenção com 100% dos usuários com hipertensão e diabetes com orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e o risco do tabagismo e sobre saúde bucal.

É importante dizer para vocês, que as ações da intervenção trouxe e trarão muitos benefícios para comunidade, mas precisamos da ajuda da população para trazer mais e mais usuários com hipertensão e diabetes para serem atendidos aqui na nossa ESF. Isto ajudará a diminuir o risco de morte e de complicações para a saúde deles.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei o Curso de Especialização em Saúde da Família tive que fazer uma logo no inicio uma reflexão sobre as expectativas em relação ao mesmo. Nisto fiz uma referencia à experiência que tive quando trabalhei nas unidades de saúde em minha cidade.

No desenvolvimento da análise situacional tive problemas com a enfermeira da equipe e isto dificultou o começo do projeto de intervenção.

Depois disto fui trabalhar com outra equipe e fizemos um trabalho muito bom. O Curso de especialização contribuiu muito para a minha atualização profissional bem como acrescentou muitas experiências.

Pude aprender sobre o planejamento, como organizar as intervenções do projeto com a equipe de saúde, que meios de comunicação utilizar para promover a saúde da população. Foi importante a realização do exame físico adequado aos hipertensos e diabéticos.

Com os conhecimentos adquiridos no Curso, estou apto para conduzir a equipe de modo que possamos fazer o fortalecimento das outras ações programáticas da Atenção Primária em Saúde, voltadas a qualificação da atenção em saúde para os idosos, para escolares, para as gestantes e puérperas e para as crianças.

Referências

BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. 128 p. : il. ()

BRASIL b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36.. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il.

Anexos

Anexo B-Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM- silmara (1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Formatar como Tabela Estilos de Célula

Alinhamento Número

Inserir Excluir Formatar

Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar

Edição

C52 D.O.S

Indicadores HAS e DM - Mês 1												
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos da lista do Hiperc ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	A.N.L	70	1	1	1	0		1	1	1	1
2	2	A.R.S	69	1	0	1	0	0	0	0	1	1
3	3	A.L.S	76	1	0	1	0		1	1	1	1
4	4	A.F.C.M	73	1	1	1	0		1	1	1	1
5	5	A.S	55	1	0	1	0		1	1	1	1
6	6	A.M	52	1	1	1	0		1	1	1	1
7	7	A.A.C	61	1	0	1	1	0	1	1	1	1
8	8	A.L.S	54	1	1	1	0		1	1	1	1
9	9	A.M.F	60	1	1	1	0		1	1	1	1
10	10	A.V.F	65	1	0	1	0		1	0	1	1
11	11	A.M.S	54	1	0	1	0		1	1	1	1
12	12	A.G.S	44	1	0	1	0		1	1	1	1
13	13	A.B	68	1	0	1	0		1	1	1	1
14	14	A.F	41	1	0	1	0		1	1	1	1
15	15	A.B.P	63	1	0	0	0	0	1	1	1	0
16	16	A.S	60	1	1	1	0		1	0	1	1
17	17	A.C.L.L	74	1	0	1	0		1	1	1	1
18	18	A.P.S	80	1	0	1	1	0	1	0	1	1
19	19	A.M.A	42	1	0	1	0		1	1	1	1
20	20	A.R.A	69	1	0	1	0		1	1	1	1
21	21	A.P.L	73	1	1	1	0		1	1	1	1
22	22	A.N.P	90	0	0	1	0		1	1	1	1

Microsoft Excel - 2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade]

INDICADORES

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
2.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
2.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
3.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
3.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Anexo C _Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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