

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Rodolfo Rodriguez Grillo

**Qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Missões em Soledade/RS**

Pelotas, 2015

Rodolfo Rodriguez Grillo

**Qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Missões em Soledade/ RS**

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

Orientador: Tatyara Feitosa Sampaio

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G859q Grillo, Rodolfo Rodriguez

Qualificação da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Missões Em Soledade/RS / Rodolfo Rodriguez Grillo; Tatyara Feitosa Sampaio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

103 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. Sampaio, Tatyara Feitosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo amor incondicional e pelo constante incentivo. Sem esse apoio, certamente este trabalho não teria sido realizado. A eles, meu muito obrigado.

Agradecimentos

À professora Tatyara Feitosa Sampaio pela infinita disponibilidade, por todos ensinamentos e pela impecável condução deste meu trabalho.

Aos usuários, pela delicadeza e sensibilidade no compartilhamento deste meu aprendizado.

Aos meus pais, meus irmãos e toda a minha família, que mesmo estando distante, estava sempre presentes em meu pensamento no desenvolvimento deste estudo.

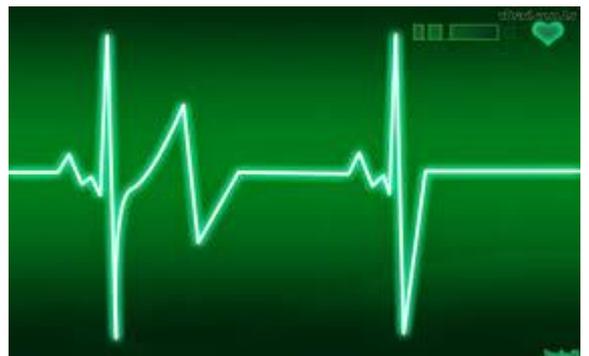
À Nelvio Tonatto, nosso secretário de saúde, principal pessoa comprometida com a saúde dos usuários e nossa superação profissional.

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão desse trabalho se tornasse possível.

E um carinhoso agradecimento a minha equipe de saúde.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

(Madre Teresa de Calcutá)



Resumo

GRILLO, Rodolfo Rodriguez. **Qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Missões em Soledade, RS.** 2015. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

Foi realizada uma intervenção na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Missões, localizada na cidade de Soledade, no período da segunda quinzena de abril até segunda quinzena de julho 2015. Após análise situacional do serviço, foi identificada a necessidade de realizar o Projeto de Intervenção com o foco na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), cujo objetivo geral foi qualificar a atenção a saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na UBSF Missões. As ferramentas utilizadas na coleta de dados foram: planilha de coleta de dados, fichas-espelho e diário de intervenção e prontuários, a fim de garantir o registro dos dados dos usuários que participaram da intervenção. Foram realizadas ações em quatro eixos: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação da intervenção, organização e gestão do serviço. Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Missões, no município Soledade, mas foi desenvolvido em apenas 12 semanas, devido férias do coordenador do projeto. O grupo alvo da intervenção foram 615 usuários hipertensos e 179 usuários diabéticos pertencentes a área de abrangência. Foram utilizadas estratégias para aumentar a cobertura no número de atendimentos e a qualidade destes. As mesmas resultaram no aumento da cobertura de atendimento de usuários cadastrados, faltosos e recuperados no período em um 92,4% de usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos. Em quanto a qualidade alcançamos o cumprimento de 100% da maioria dos indicadores. O projeto aperfeiçoou a capacidade criativa e de superação de obstáculos da equipe, ensinou os benefícios do trabalho conjunto, também conseguimos implementar um programa em nosso serviço eficiente e sustentável e finalmente fortalecemos o vínculo da equipe com a família e a comunidade.

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

Lista de Figuras

Figura 01	Fotografia da UBS Missões, Soledade, RS.	14
Figura 02	Fotografia de atividade de grupo.	70
Figura 03	Fotografia de visita de avaliação a usuários que não podem ir até unidade de saúde.	71
Figura 04	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Missões, RS, 2015.	75
Figura 05	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Missões, RS, 2015.	76
Figura 06	Gráfico da proporção de hipertensos com complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Missões, Soledade, RS, 2015.	77
Figura 07	Gráfico da proporção de os com complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Missões, Soledade, RS, 2015.	78

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde.
APS	Atenção Primária em Saúde.
CAP	Caderno de ações programáticas.
DM	Diabetes mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão arterial sistólica.
NASF	Núcleo de apoio a saúde da família.
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência.
SIAB	Sistema de informação da atenção básica.
SPA	Serviços de pronto atendimento.
SUS	Sistema único de saúde.
UBS	Unidade básica de saúde.
UBSF	Unidade básica de saúde da família.
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas.
UNASUS	Universidade aberta do SUS.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.
EaD	Educação a Distância.
RS	Rio Grande Do Sul.
USF	Unidade de Saúde da Família.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
SUS	Sistema Único de Saúde.
HGT	Hemoglicoteste.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Sumário

Apresentação.....	11
1 Análise Situacional.....	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores.....	60
2.3.3 Logística.....	66
3 Relatório da Intervenção	70
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	70
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	73
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	73
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	74
4 Avaliação da intervenção	75
4.1 Resultados	75
4.2 Discussão.....	83
5 Relatório da intervenção para gestores	89
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	92
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	94
Referências.....	96
8 Anexo B - Planilha de coleta de dados	99
9 Anexo C -Ficha Espelho	101
9.1 Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografia	103

Apresentação

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês julho 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado. O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de incrementar a cobertura e qualificar o atendimento à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBSF Missões, soledade, RS. No ano 2015.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso na qual realizou se o diagnostico integral da unidade e de todos os programas desenvolvidos nela.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica na qual escrevemos um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção que apresenta os resultados obtidos, realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso.

A quarta parte apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados

Na quinta parte está tratado o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

Na sexta; e abordado o relatório para a comunidade e na sétima parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e

da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nunca imaginei que ficaria me sentindo tão bem acolhido, como estou sendo. Na verdade estou numa boa. Fico trabalhando numa unidade móvel pelo interior do município de Soledade, adoro quando acordo e tenho que sair para o interior. Pelo incrível que pareça minha equipe de saúde fica instalada num ônibus, no início, juro que fiquei meio desconfiado, sem graça mais depois de conhecer o trabalho gostei. Aquela unidade tem tudo que é necessário para garantir o atendimento médico e odontológico com a qualidade que merece o povo é em especial o do interior sempre mais carente pela distância dos principais centros de saúde e da cidade.

A USF móvel tem uma pequena sala de recepção e acolhimento que fica na cabina do motorista, logo depois tem consulta odontológica, consulta medica, farmácia e copa. Mas tudo pelo incrível que possa parecer tem a privacidade necessária para o agir de cada um dos seus integrantes. Na farmácia disponho de mais de 70 remédios em muitas formas e apresentações para todos os usos. O coletivo fica composto pela enfermeira, dentista, assistente dental, motorista, e também o cozinheiro, 12 agentes de saúde e eu. Na verdade é um coletivo bem legal, muito empolgado no trabalho e tento fazer tudo direitinho segundo minhas orientações que são baseadas na minha experiência, nas orientações que recebo deles, pois na verdade quem melhor que eles pra me orientar dos principais problemas de saúde da comunidade.

Mesmo que eu conduza as atividades a gente sempre respeita as costumes do lugar e das pessoas, e quando não concordo com alguma coisa a gente sempre faz debate da situação nas reuniões que fazemos com os agentes de saúde para procurar solução. O processo de trabalho é bem dinâmico, cada dia visito uma comunidade do interior do município, atualmente fico no processo de identificar os

principais problemas de saúde da região.

No início da jornada faço uma atividade coletiva dando uma breve palestra de algum tema de saúde coletiva para tentar mudar em breve aqueles costumes que não são bons para a saúde.

Cada comunidade que visito é informada antecipadamente da minha visita. No início, todo mundo estava curioso por conhecer o médico Cubano logo que passou a curiosidade já todos ficam me esperando, e constitui um dia muito agradável para a comunidade, pois o grupo de adolescentes ficam fazendo jogos de futebol e a gente conversa de saúde reprodutiva e sexual, do uso indevido das drogas e alcoolismo entre outras coisas.

Na verdade nosso trabalho vai encaminhado a lograr mudanças no estilo de vida da população mais de um jeito agradável, não por imposição, mas sim pelo conhecimento das vantagens de levar uma vida saudável, com prática frequente de exercício físico e hábitos alimentares saudáveis, mas a gente, na verdade me diz “quem não gosta de uma boa picanha gaúcha ou um tatu enfarado ou a simples polenta frita” adoro só que é segredo entre nós. Tenho certeza que com o passar do tempo a gente vai ter aquelas mudanças que fica precisando a saúde coletiva aqui no estado do Rio Grande Do Sul e em especial em Soledade.



Figura 1: Fotografia da UBSF Missões, Soledade, RS

1.2 Relatório da Análise Situacional

Como parte do Programa Mais Médicos (PMM), fomos selecionados para trabalhar no município de Soledade. A atenção à saúde deste município está formado por 6 UBS com ESF, 1 UBS tradicional, 9 ambulatórios e 1 unidade móvel, que dão cobertura para 30.000 usuários do município, aproximadamente. Atualmente não tem disponível o NASF e o CEO mais em conversa com o secretário de saúde está programado para o próximo ano.

A cobertura das especialidades está limitada para atender todos os usuários, tanto em relação ao número de especialistas, como também em relação à diversidade de especialistas que está reduzida, pois só contamos com um cirurgião, ortopedista, urologista, pediatra, ginecologista e cardiologista. Existem outros que são conveniados e atendem os usuários no município e os demais são encaminhados para o município de referência, neste caso Passo Fundo. O serviço hospitalar está presente, mas com atendimento limitado, pois não dá total cobertura para os casos enviados para internação hospitalar. Já os exames complementares são mais acessíveis e em geral não apresentam grandes dificuldades.

Nossa UBS está localizada na zona urbana, formada por duas equipes de saúde, uma equipe que atende a parte urbana e uma equipe da unidade móvel que presta atendimento ao interior do município, por isso é considerada de atendimento misto. Nossa UBS tem relacionamento direto com o SUS, pois muitos usuários são encaminhados e recebem atendimento pelos convênios do SUS, além de fornecer todas as despesas geradas pela unidade de trabalho, o atendimento para o pessoal das unidades de saúde é garantido.

A unidade móvel tem características especiais, justamente onde eu trabalho, dando atendimento e visitando as comunidades mais afastadas da cidade para tentar levar os serviços de saúde, o mais perto possível da comunidade. A nossa equipe está formada por uma enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar em saúde bucal, médico e motorista, que trabalham apaixonadamente para melhorar a qualidade do atendimento.

A estrutura física de nossa UBS é bem complicada, pois o ônibus tem pouco espaço para agir, tem sala de recepção, consultório médico e odontológico, copa e farmácia, só que a copa e farmácia ficam juntas, e o consultório médico também fica junto com o almoxarifado, atrapalhando às vezes o bom desempenho da consulta.

Às vezes a cozinha fica cheia de usuários em espera de medicamentos. Mudanças foram feitas para melhorar a qualidade do atendimento, foram colocados corrimãos e rampas para melhorar a acessibilidade dos idosos, e estrutura do ônibus será modificada, especialmente o almoxarifado e farmácia.

Das atribuições das equipes posso dizer que no início de nosso trabalho não existia um cadastramento total das pessoas e não existia identificação dos grupos de riscos, nem existia um adequado acolhimento dos usuários. É muito preocupante que a cobertura de atendimento odontológico ainda é muito reduzida e não são feitas ações de saúde coletiva para os diferentes grupos populacionais de risco, impedindo um adequado atendimento destes usuários. Ações de promoção e prevenção de saúde foram planejadas para melhorar a qualidade da saúde bucal. Também temos bom relacionamento com escolas, comunidades e outras instituições, como centros laborais e de lazer na comunidade. Já que em muitas de elas são desenvolvidas palestras e conversas de diversos temas de saúde. O cadastro dos usuários já foi feito só falta atualizá-lo na medida que apareçam novos casos. O acolhimento tem melhorado muito e agora fica melhor estruturado. De forma geral temos uma cobertura de 2.750 usuários, deles 61% são do sexo feminino e 39% são do sexo masculino, sendo majoritariamente uma população envelhecida. A faixa etária que mais cresce precisamente é a de idosos, pois por ser uma população puramente rural, muitos dos jovens emigram para as grandes cidades em procura de emprego e estudos permanecendo os mais velhos na comunidade. Nossa unidade presta atendimento adequado à toda população, considerando adequado o tamanho do serviço para o tamanho da área de abrangência.

Algumas dificuldades foram identificadas no início de nosso trabalho, mas uma das principais foi precisamente o inadequado acolhimento dos usuários, situação que propiciava um excesso de demanda espontânea pois, seus principais problemas não tinham sido escutados adequadamente e muitas vezes tinham que voltar para casa sem atendimento. Logo ao organizar o trabalho e com um correto acolhimento a enfermeira orienta adequadamente os usuários, e muitas vezes não precisam ser atendidos pelo médico, mas mesmo assim todo usuário que procura o serviço de saúde é atendido pois, ademais da enfermeira a técnica de enfermagem e a ACS participam do processo.

De acordo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas existem 33 crianças menores de 1 ano residentes na área de abrangência. Normalmente as consultas de puericulturas são feitas pelo pediatra do SUS, mesmo assim em nossa UBS prestamos atendimento à demanda espontânea de problemas agudos e damos orientações gerais que muitas vezes são esquecidas nas consultas de puericultura. Realizamos palestras sobre uma adequada alimentação e importância do aleitamento materno ocupam grande tempo de nosso trabalho, ações de promoção e prevenção de saúde são feitas no dia a dia.

Dessa forma, temos cadastradas e acompanhadas realizando essas atividades 19 crianças menores de 1 ano, (58%) de cobertura. Desse total, 9 estão com consulta em dia (47%) e 10 estão com consulta atrasada conforme o protocolo (53%). Somente 8 crianças (42%) tiveram avaliada a saúde bucal Mas todas realizaram teste do pezinho e fizeram a primeira consulta até sete dias de vida, realizaram triagem auditiva e realizaram monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta.

De forma geral a qualidade do atendimento é boa, assim como a cobertura, mas não existe planejamento e monitoramento das ações de promoção e prevenção de saúde, mesmo que nem toda a equipe de saúde participe destas atividades coletivas, a população tem boa adesão as mesmas. Não temos em nossa ESF um manual ou protocolo para realizar estas ações e não existe registro específico para avaliar estas ações, também não existe monitoramento das mesmas.

Por isso foram levado os protocolos para ter na unidade assim como foram criados controles que permitem implementar o planejamento e monitoramento das ações.

O atendimento ao pré-natal não difere muito do anterior, pois normalmente agente presta atendimento a demanda espontânea de problemas agudos de saúde, pois o pré-natal é feito pelos ginecologistas do SUS. De acordo com o Caderno de ações programáticas existem na área um total de 13 gestantes em nossa área de abrangência (47%) de cobertura. Só 8 de elas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 10 de elas (77%) com vacinas em dia conforme protocolo e 8 com orientações referentes a saúde bucal e aleitamento materno exclusivo. O restantes indicadores de qualidade foram cumpridos em sua totalidade (100%) Não existe manual ou protocolo para estas ações e não tem registros específicos e monitoramento destas ações. O atendimento ao puerpério tem uma cobertura de

58% (19 usuários). O 100% teve seu abdome examinado e realizada a primeira consulta antes dos 42 dias. Somente 8 tiveram avaliado seu estado psíquico. Nenhuma recebeu orientações sobre planejamento familiar.

Normalmente a cobertura é baixa, pois muitas mulheres faltam a consultas, pois temos o fator geográfico que dificulta a assistência periódica a consultas, assim como o baixo nível de educação em saúde. Temos grupos de gestantes que funcionam todos os meses e na comunidade são feitas atividades como palestras e trocas de experiências estimulando o parto natural. As grávidas gostam destas atividades e participam adequadamente, geralmente só participa o médico e enfermeira.

Programas como o de prevenção de câncer de colo do útero e câncer de mama são bem desenvolvidos, existem registros específicos para avaliar estas ações de saúde adequadamente. Existe na área um total de 421 mulheres com idades entre 25 e 64 anos acompanhadas na ESF de um estimado de 757 (56%) de cobertura, de elas só 4 com exame cito patológico positivo e em acompanhamento. No programa de prevenção de câncer de mama e indicada a mamografia a toda mulher na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, existindo um estimado de 284 mulheres, sendo que só 143 são residentes e recebem acompanhamento em nossa área (64 %), 82 com mamografias em dia por fazerem parte da população alvo. O trabalho é duro, pois muitas ações de promoção de saúde devem ser desenvolvidas, pois não existe consciência da importância destes exames tão importante para a saúde da mulher.

Na USB não existem registros, nem protocolos para esta atividade, mas mesmo assim tentamos fazer o melhor para garantir a saúde da mulher. A cobertura para estes programas podia ser melhor, mas o desconhecimento não ajuda. Não existe planejamento nem monitoramento das ações das atividades de educação em saúde, mesmo assim as mulheres apresentam boa adesão as atividades propostas.

Pois depois de muitas atividades de promoção e prevenção de saúde começam ver os resultados quase como parte de nossa família são os hipertensos e diabéticos, pois ocupam grande parte do horário de nossa consulta dia a dia, normalmente são atendidos todos os dias e damos cobertura a demanda espontânea, além dos casos programados e planejados. Aferir a pressão arterial a todo usuário que vai na consulta é pratica diária, assim como fazer testes de HGT

para os diabéticos ou que apresentem sintomas e fatores de riscos para esta doença.

Assim vemos que existe uma estimativa de 615 usuários hipertensos maiores de 20 anos, deles 295 recebem atendimento e acompanhamento na ESF (48%) de qualidade no atendimento, considerando-se muito baixo, pois, todos em sua totalidade tinham consultas agendadas em mais de 7 dias com atraso, só 81 com exames periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física e adequada orientação nutricional. Nenhum deles tinha adequada orientação de saúde bucal.

Referente aos diabéticos existe uma estimativa de 179 usuários de eles 96 recebem atendimento na ESF (55%) de qualidade, mesmo que superior à dos hipertensos ainda e considerado inadequado. Todos com consultas em atraso e 32 de eles com exame físico dos pés e palpação dos pulsos periféricos, assim como adequada orientação nutricional e da prática de atividade física. Igual número recebeu adequadas orientações de saúde bucal. Nenhum deles tinha estratificação de risco cardiovascular.

Em nossa unidade não existe protocolo de atendimento destas doenças, nem registro específico para as mesmas que permitam avaliar de forma adequada as ações de promoção e prevenção de saúde, tampouco existe um planejamento destas ações que geralmente são desenvolvidas pelo médico, enfermeira e técnico de enfermagem. A cobertura é baixa, pois não existe conhecimento adequado em termos de prevenção e não assistem a consulta periódica. Muitas atividades são feitas para estes dois grandes grupos populacionais e geralmente apresentam boa adesão a as atividades.

Como expliquei anteriormente a faixa etária de 60 anos e mais é a que mais cresce cada ano, porém necessita de especial atenção, toda a população idosa foi cadastrada e recebe atendimento prioritário em nossa unidade de trabalho. Dia a dia são avaliados de forma integral os idosos da comunidade e mesmo que não seguimos protocolos de atendimentos, eles são bem avaliados e classificados por riscos e doenças.

Na saúde do idoso temos um total de 375 usuários com mais de 60 anos, recebem atendimento 219 (58 %) de cobertura. Nenhum deles tem avaliações ou orientações descritas no seu prontuário. Somente recebem atendimento a problemas agudos de saúde pelo que não foi possível avaliar os indicadores de qualidade.

Prestamos total cobertura a demanda espontânea de problemas de saúde agudos. Não existem registros para avaliar e monitorar as ações de promoção e prevenção de saúde e não existe planejamento das consultas de acompanhamento deste grupo prioritário. Temos vários grupos de idosos, pois são muitos, fazemos muitas atividades de prevenção de saúde, especialmente palestras e atividades de lazer-esportivo, apresentando uma boa adesão a estas. A cobertura é aceitável, só que poderia ser melhor, pois temos deficiências com o atendimento odontológico pois para a saúde bucal não existem muitos dados que permitam avaliar a qualidade do atendimento mesmo assim e considerado como aceitável pois a média de procedimentos clínicos por habitantes/mês é de 0.8 %.

Entre nossos principais desafios temos principalmente incrementar os níveis de conhecimento da população em temas de saúde, promover e conseguir criar uma consciência de saúde que permita mudar estilos de vida que foram criados durante muitos anos. Fazer consciente e de prática diária os bons hábitos alimentares baseados em uma dieta balanceada e na prática sistemática de atividade física.

Fiquei muito surpreendido com o baixo nível de conhecimento que tem a população em temas de saúde pública e ambiental, tampouco imaginei que minha população fosse majoritariamente feminina e idosa. Na prática diária nunca vi na minha vida (insights) tanta gente com depressão, mais de 60% da população e o pior, mal tratada e sem acompanhamento médico, com um uso inadequado de medicamentos que longe de beneficiar expõe a novas patologias. Nosso maior recurso é precisamente essa equipe de trabalho, empenhada em garantir a saúde do povo e em especial de nossa comunidade, fazendo a cada dia um dia melhor.

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

Comparando o texto inicial com o relatório da análise situacional percebo que ganhamos mais em maturidade e em conhecimento. O texto inicial foi muito simples com informações pouco mais que básicas, baseadas em nossas atividades do dia a dia, usamos um linguagem precária e pouco decorada, enquanto na realização do relatório do análises situacional durante o preenchimento dos formulários disponibilizados pelo curso percebemos que nossa realidade está muito longe do que está preconizado pelo Ministério da Saúde. Conforme a análise feita e aplicada

na unidade obtivemos uma percepção real em nosso serviço, na qual observamos que as estimativas não concordam com os dados reais, e que os funcionários não se ajustavam a suas atribuições como profissionais.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública do Brasil e no mundo. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose. (BRASIL, 2013) Nossa população não tem comportamento diferente. Por ser estas patologias as que mais geram consultas espontâneas de atendimento de urgência e por precisar de um adequado acompanhamento foram escolhidas para a realização de nosso trabalho de intervenção, sendo de grande importância para a saúde da população pois vai permitir dar um atendimento qualificado seguindo o estabelecido nos protocolos para o atendimento destas patologias. As ações planejadas vão perdurar depois de concluído este trabalho, vai garantir um adequado acompanhamento destes usuários e porém muitas complicações futuras serão evitadas. A promoção de saúde vai aumentar o conhecimento geral da população sobre adequados hábitos nutricionais, importância da prática de atividade física e identificar os diferentes fatores de riscos entre outros, o que no futuro permitirá diminuir a morbidade destas doenças.

Para consolidar nossos objetivos contamos com uma unidade móvel, formada por sala de recepção, consultórios médico e odontológico, farmácia e copa. Uma equipe de trabalho formado por 12 agentes de saúde, médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista e assistente dental, todo isto para garantir o atendimento de uma população de 2750 usuários, os que geram diariamente várias consultas por problemas agudos de estas patologias pois ainda existe muito desconhecimento dos fatores de riscos e como agir adequadamente ante qualquer eventualidade que se apresente como as temidas complicações.

Nossa população alvo está formada por 615 hipertensos, dos quais apenas 295 (48% de cobertura) estão cadastrados e acompanhados pela unidade; e 179 diabéticos, sendo que 96 (55% de cobertura) estão cadastrados e acompanhados pela unidade. Em sua grande maioria, esses usuários são idosos e muitos deles com as duas patologias. No entanto, achamos que o número é maior, por isso que trabalharemos para aumentar a cobertura e a adesão as atividades planejadas pela unidade, as que consideramos boas mais podem melhorar. A cada novo dia a qualidade do atendimento melhora e uma vez implementadas todas as ações, a qualidade será muito maior. Atualmente existem em funcionamento grupos de diabéticos e hipertensos, são feitas atividades educativas nas escolas, especialmente orientações nutricionais e prática de atividades esportivas e recreativas.

Por tudo antes dito considero esta ação programática e de grande importância no contexto da UBS, pois vai diminuir a incidência destas doenças na população adstrita, o fluxo de usuários com problemas agudos por estas doenças, vai permitir o diagnóstico precoce das complicações. Disponho do apoio de toda a equipe de trabalho incluindo o dentista e a assistente dental assim como de todos meus colegas e usuários que de uma ou outra forma aceitaram colaborar com este trabalho.

2.2 Objetivos e metas

Primeiro de tudo tivemos que estudar com cautela a realidade da situação de saúde de minha comunidade, escolher adequadamente a população alvo do projeto, e as ações programáticas, pois nem tudo cumpre com as condições adequadas para isso. Ver as possibilidades reais de dar acompanhamento adequado a todo esse grande grupo sem afetar os outros grupos prioritários e finalmente avaliar se contava com os recursos humanos e materiais para desenvolver adequadamente este trabalho foi um grande desafio.

Logo depois de ter feito essa análise posso dizer que pretendo incrementar a cobertura e qualificar o atendimento a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes. Consideramos como realizável um incremento na cobertura ao atendimento dos usuários em ambas as ações programáticas em um 25%, atualmente a cobertura da HAS está em 48% o que aumentará para 73% e a

cobertura da DM está em 55% aumentando para 80%. Seria quase impossível tentar alcançar cifras maiores, pois a maioria da minha população é rural e mora dispersa, muitas delas distante da unidade de saúde e nem toda a população cadastrada recebe atendimento pelo SUS. Existem 615 usuários hipertensos cadastrados, de eles só 295 recebem acompanhamento pela UBS, entanto existem cadastrados 179 usuários diabéticos dos quais só recebem acompanhamento de forma permanente 96. Nas diferentes atividades dos grupos de hipertensos e diabéticos pouco a pouco foi incrementado o conhecimento acerca da necessidade de um adequado acompanhamento, junto com a capacitação dos agentes de saúde e o apoio do resto da equipe de saúde como dentista, assistente dentário, técnica de enfermagem e enfermeira são minhas principais facilidades para atingir o objetivo planejado. A tudo isso se une que grande parte do trabalho já está adiantado, pois já existem registros específicos para estas ações programáticas assim como uma adequada avaliação do risco cardiovascular respectivamente.

Outro aspecto importante na hora de avaliar a possibilidade de atingir adequadamente os objetivos propostos foi o fato que no início de nosso trabalho o número de consultas por problemas agudos gerados por estas doenças têm diminuído muito, dando maior possibilidade para o atendimento planejado e acompanhamento adequado de acordo com o estabelecido nos protocolos de atendimento. O resto dos objetivos relativos a adesão, qualidade da atenção, classificação de risco, registros específicos e promoção de saúde serão do 100% dos usuários que participarão do projeto para dar cumprimento ao princípio do SUS da universalidade e integralidade.

Para conseguir cumprir esses objetivos temos algumas metas que garantir, daí que nosso serviço é organizado de forma que permite dar atendimento e acompanhamento a estas pessoas sem afetar os outros grupos populacionais nem a demanda espontânea de problemas agudos. Disponho de mecanismos adequados para cadastrar novos usuários e atualizar os registros existentes, assim como desenvolver ações que levam a ampliação da cobertura na comunidade.

De forma geral posso dizer que com este trabalho vamos qualificar a saúde pública no Brasil, pois seus benefícios perdurarão muitos anos depois de concluído.

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) da UBS Missões, Soledade, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atendimento a usuários hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 73% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Objetivo 2. Qualificar o atendimento a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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 da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da 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 a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos ao programa de acompanhamento.

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

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

Objetivo 4. Criar registros específicos para os usuários hipertensos e diabéticos.

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. Realizar avaliação do risco cardiovascular ao 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

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 diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Realizar ações de promoção de saúde para o 100% dos usuários 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 orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Missões, município Soledade. Participarão desta intervenção aproximadamente 615 usuários hipertensos e 179 usuários diabéticos, todos maiores de 20 anos e cadastrados na área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atendimento a usuários hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 73% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial na unidade de saúde.

Detalhamento:

Para realizar estas ações de monitoramento serão criados registros específicos que de uma forma rápida permita comparar si os dados numéricos vão a aumento em relação ao número de usuários cadastrados inicialmente

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

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

Detalhamento:

Para estas ações vamos criar um novo registro para os usuários recentemente cadastrados (hipertensos), os que serão devidamente acolhidos pela enfermeira e pela técnica de enfermagem e darão uma adequada orientação a os usuários. Garantiremos a existência de esfigmos, fitas métricas.

Engajamento Público:**Ação:**

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

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, uma vez por ano.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão.

Detalhamento:

Grandes cartazes serão feitos e colados na unidade de saúde assim como em lugares muitos concorridos da comunidade orientando a existência do programa e da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos assim como os diferentes fatores de risco. Os agentes de saúde também contribuirão com a divulgação do programa e das informações necessárias.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

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

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido. O médico demonstrará o adequado uso do manguito.

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

Monitoramento e avaliação**Ação:**

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

Detalhamento: Para realizar estas ações de monitoramento serão criados registros específicos que de uma forma rápida permita comparar se os dados numéricos vão a aumento em relação ao número de usuários cadastrados inicialmente.

Organização e gestão do serviço**Ação:**

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

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

Detalhamento:

Para estas ações vamos criar um novo registro para os usuários recentemente cadastrados (diabéticos), os que serão devidamente acolhidos pela enfermeira e pela técnica de enfermagem e darão uma adequada orientação a os usuários. Garantiremos a existência de glicômetros e fitas para os hemoglicoteste que serão feitos nas consultas.

Engajamento Público.

Ação:

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

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 desenvolvimento da Diabetes Melito.

Detalhamento:

Grandes cartazes serão feitos e colados na unidade de saúde assim como em lugares muito concorridos da comunidade orientando a existência do programa assim como os diferentes fatores de risco para esta doença. Os agentes de saúde também contribuirão com a divulgação do programa e das informações necessárias.

Qualificação da prática clínica.**Ação:**

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

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido. O médico demonstrará o adequado uso do manguito e como fazer adequadamente o hemoglicoteste.

Objetivo 2. Qualificar o atendimento a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação**Ação:**

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento:

Para realizar esta ação será feito exame clínico completo a 100% dos usuários na consulta e os dados serão registrados no prontuário clínico e na ficha espelho dos usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço.

Ação:

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

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

Detalhamento:

A enfermeira como o técnico de enfermagem aferirão a pressão arterial aos usuários acolhidos, também realizarão o hemoglicoteste em usuários que precisarem. Cada semana depois da reunião da equipe se usará uma hora para o processo de capacitação do pessoal profissional da unidade. Será solicitado um protocolo impresso que ficará de forma permanente na unidade.

Engajamento público

Ação:

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

Detalhamento:

Para esta ação será dada orientações em cada consulta a usuários hipertensos, além das informações transmitidas pelos agentes de saúde.

Qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

Esta capacitação será feita todas as semanas depois da reunião da equipe usando uma hora ao final do expediente.

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

Monitoramento e avaliação.**Ação:**

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: Para realizar esta ação será feito exame clínico completo a 100% dos usuários na consulta e os dados serão registrados no prontuário clínico e na ficha espelho dos usuários diabéticos.

Organização e gestão do serviço**Ação:**

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

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

Detalhamento:

A enfermeira e o técnico de enfermagem vão fazer o hemoglicoteste aos usuários acolhidos. Cada semana depois da reunião da equipe será usada uma hora para os processos de capacitação do pessoal profissional da unidade. Será solicitado um protocolo impresso que ficará de forma permanente na unidade.

Engajamento pública.**Ação:**

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

Detalhamento:

Para esta ação será dada orientações em cada consulta a usuários diabéticos, além das informações transmitidas pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

Esta capacitação será feito todas as semanas depois da reunião da equipe usando uma hora ao final do expediente.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação:

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

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

Detalhamento:

Serão feitos novos registros para monitorar os exames solicitados e a frequência de realização destes segundo o estabelecido pelo protocolo adotado na unidade, os que serão atualizados de acordo com a realização das consultas.

Organização e gestão dos serviços

Ação:

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:

Os exames complementares serão solicitados em cada consulta e garantidos com o gestor municipal agilidade para a realização dos mesmos. Os prontuários serão arquivados por data da próxima consulta a que coincidirá com a data de realização dos próximos exames.

Qualificação da prática clínica.**Ação:**

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

Detalhamento:

Esta capacitação será feita todas as semanas depois da reunião da equipe usando uma hora ao final do expediente.

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

Monitoramento e avaliação.**Ação:**

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

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

Detalhamento:

Serão feitos novos registros para monitorar os exames solicitados e a frequência de realização destes segundo o estabelecido pelo protocolo adotado na unidade, os que serão atualizados de acordo com a realização das consultas.

Organização e gestão dos serviços

Ação:

Garantir a solicitação dos exames complementares em usuários diabéticos. 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:

Os exames complementares serão solicitados em cada consulta e garantidos com o gestor municipal agilidade para a realização dos mesmos. Os prontuários serão arquivados por data da próxima consulta a que coincidirá com a data de realização dos próximos exames.

Qualificação da prática clínica.

Ação:

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

Detalhamento:

Esta capacitação será feita todas as semanas depois da reunião da equipe usando uma hora ao final do expediente.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia a todo usuário hipertenso.

Detalhamento:

Teremos um registro e cadastro dos medicamentos usados pelos usuários para manter estoque na unidade e garantir seu uso; Sempre que forem prescritos, ficara um registro no prontuário e ficha espelho.

Organização e gestão do serviço.

Ação:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento:

Criara-se um registro dos medicamentos usados pelos usuários, garantindo assim sua existência na unidade de saúde. A enfermeira vai garantir que permaneçam no prazo de validade fazendo vistoria a cada 15 dias.

Engajamento pública.

Ação:

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

Detalhamento:

Orientações sobre a possibilidade de acesso a os medicamentos da farmácia popular \Hiperdia e possibilidades para obter este acesso serão dadas pelo médico em cada consulta além da divulgação pelos agentes de saúde nas diferentes visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica.

Ação:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão Arterial.

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

Detalhamento:

Realizar atualização do profissional no tratamento da Hipertensão Arterial, capacitar a equipe para orientar a usuários hipertensos sobre alternativas para obter acesso a medicamentos na farmácia popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia a todo usuário diabético.

Detalhamento:

Teremos um registro e cadastro dos medicamentos usados pelos usuários para manter estoque na unidade e garantir seu uso; Sempre que forem prescritos, ficara um registro no prontuário e ficha espelho.

Organização e gestão do serviço.

Ação:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento:

Criaremos um registro dos medicamentos usados pelos usuários, garantindo assim sua existência na unidade de saúde. A enfermeira vai garantir que permaneçam no prazo de validade fazendo vistoria a cada 15 dias.

Engajamento pública.**Ação:**

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

Detalhamento:

Orientações sobre a possibilidade de acesso aos medicamentos da farmácia popular \Hiperdia e possibilidades para obter este acesso serão dadas pelo médico em cada consulta além da divulgação pelos agentes de saúde nas diferentes visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica.**Ação**

Realizar atualização do profissional no tratamento da Diabetes Mellitus.

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

Detalhamento:

Realizar atualização do profissional no tratamento da Diabetes Mellitus, capacitar a equipe para orientar a usuários diabéticos sobre alternativas para obter acesso a medicamentos na farmácia popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação**Ação:**

Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Todo usuário será interrogado adequadamente sobre seu estado de saúde bucal e suas necessidades e será registrado no prontuário e ficha espelho.

Organização e gestão do serviço.**Ação:**

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

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

Detalhamento:

Para esta ação foi criado um sub- registro de agendamento odontológico especial para usuários hipertensos que garanta duas fichas no horário da manhã e duas no horário da tarde, todo como parte do engajamento com a equipe de saúde e que permita avaliar o estado de saúde bucal dos usuários. Depois de escutar as necessidades de atendimento odontológico de cada usuário, será avaliado pelo odontologista e garantido seu acompanhamento hasta o final do acompanhamento.

Engajamento público**Ação:**

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

Detalhamento:

Serão dadas orientações sobre saúde bucal serão dadas em cada consulta, além das orientações dadas pelo odontologista e agentes de saúde.

Qualificação da prática clínica.**Ação:**

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Capacitar a equipe para avaliar as necessidades de atendimento odontológico de hipertensos.

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Todo usuário será interrogado adequadamente sobre seu estado de saúde bucal e suas necessidades e será registrado no prontuário e ficha espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação:

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

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

Detalhamento:

Para esta ação foi criado um sub-registro de agendamento odontológico especial para usuários diabéticos que garanta duas fichas no horário da manhã e duas no horário da tarde, todo como parte do engajamento com a equipe de saúde e que permita avaliar o estado de saúde bucal dos usuários. Depois de escutar as necessidades de atendimento odontológico de cada usuário, será avaliado pelo odontologista e garantido seu acompanhamento hasta o final do acompanhamento.

Engajamento público

Ação:

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

Detalhamento:

Orientações sobre saúde bucal serão dadas em cada consulta, além das orientações dadas pelo odontologista e agentes de saúde.

Qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Capacitar a equipe para avaliar as necessidades de atendimento odontológico de diabéticos.

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de usuários hipertensos e diabéticos ao programa de atendimento oferecido pelo SUS.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para usuários hipertensos. (Consultas em dia).

Detalhamento:

Realizara-se um fichero onde serão organizados os prontuários por meses, segundo o mês que corresponda o próximo controle dos usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento:

Cada semana organizarão visitas domiciliares aos faltosos com o objetivo de criar consciência da importância das consultas e que acudam a unidade de saúde, isto será feito pelos agentes de saúde, a enfermeira criará uma agenda especial para os faltosos que acudam na unidade para receber atendimento.

Engajamento Publica.**Ação:**

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento:

Agentes de saúde preconizarão a importância de realização das consultas em dia. Se realizarão troca de ideias com a população para estabelecer estratégias que permitam melhor atendimento e evitar evasão das consultas.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para usuários diabéticos. (Consultas em dia).

Detalhamento:

Realizara-se um fichero onde serão organizados os prontuários por meses, segundo o mês que corresponda o próximo controle dos usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço.

Ação:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento:

Cada semana organizarão visitas domiciliares aos faltosos com o objetivo de criar consciência da importância das consultas e que acudam a unidade de saúde, isto será feito pelos agentes de saúde, a enfermeira criará uma agenda especial para os faltosos que acudam na unidade para receber atendimento.

Engajamento Publica.

Ação:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento:

Agentes de saúde preconizarão a importância de realização das consultas em dia. Se realizarão troca de ideias com a população para estabelecer estratégias que permitam melhor atendimento e evitar evasão das consultas.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações destas ações programáticas.

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

Monitoramento e avaliação.**Ação:**

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

Detalhamento:

Para esta ação a enfermeira toda sexta feira revisara os prontuários dos usuários hipertensos atendidos durante a semana para garantir a qualidade dos registros.

Organização e gestão do serviço.**Ação:**

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Para este grupo de ações cada usuário terá sua própria ficha de acompanhamento onde serão registradas todas as informações do usuário, os que serão monitorizados pela enfermeira da unidade. A cada mês vão ser atualizadas as informações do SIAB.

Engajamento público

Ação:

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

Detalhamento:

Orientações serão dadas aos usuários em cada consulta, além das transmitidas pelos agentes de saúde.

Qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos.

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação:

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

Detalhamento:

Para esta ação a enfermeira toda sexta feira revisara os prontuários dos usuários diabéticos atendidos durante a semana para garantir a qualidade dos registros.

Organização e gestão do serviço.

Ação:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Para este grupo de ações cada usuário terá sua própria ficha de acompanhamento onde serão registradas todas as informações do usuário, os que serão monitorizados pela enfermeira da unidade. A cada mês vão ser atualizadas as informações do SIAB.

Engajamento pública.**Ação:**

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

Detalhamento:

Orientações serão dadas aos usuários em cada consulta, além das transmitidas pelos agentes de saúde.

Qualificação da prática clínica.**Ação:**

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos.

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

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

Monitoramento e avaliação.**Ação:**

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

Detalhamento:

Para esta ação a cada sexta feira a enfermeira revisara os prontuários verificando a atualidade da estratificação do risco de cada usuário.

Organização e gestão dos serviços**Ação:**

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Os usuários avaliados de risco também terão sua agenda garantindo uma ficha para o atendimento em cada turno de trabalho, os que serão priorizados no atendimento.

Engajamento publica**Ação:**

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

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

Detalhamento:

Todos os usuários hipertensos serão devidamente informados quanto seu nível de risco e a importância do controle dos fatores de riscos modificáveis como a alimentação.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

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:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

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

Detalhamento:

Para esta ação a cada sexta feira a enfermeira revisara os prontuários verificando a atualidade da estratificação do risco de cada usuário.

Organização e gestão dos serviços

Ação:

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

Detalhamento:

Os usuários avaliados de risco também terão sua agenda garantindo uma ficha para o atendimento em cada turno de trabalho, os que serão priorizados no atendimento.

Engajamento publica

Ação:

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

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

Detalhamento:

Todos os usuários diabéticos serão devidamente informados quanto seu nível de risco e a importância do controle dos fatores de riscos modificáveis como a alimentação. Isso será feito pelo médico a cada consulta, nas visitas domiciliares assim como pela enfermeira, técnica de enfermagem e diferentes agentes de saúde em suas visitas diárias.

Qualificação da prática clínica

Ação:

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:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

Objetivo 6 - Promover a saúde geral e qualidade de vida de usuários diabéticos e hipertensos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos.

Detalhamento:

Para esta ação a cada sexta feira a enfermeira revisara os prontuários verificando a atualidade das orientações nutricionais dadas a cada usuário hipertenso.

Organização e gestão do serviço**Ação:**

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento:

Para esta ação serão feitas palestras e conversas em escolas, centros laborais e no início de cada consulta sobre temas como alimentação saudável, geralmente pelo médico ou enfermeira. Todas as quartas feiras teremos a visita do nutricionista na unidade.

Engajamento publica**Ação:**

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

Detalhamento:

Todos os usuários serão devidamente informados sobre adequados hábitos alimentares assim como uma alimentação saudável. Isso será feito pelo médico a cada consulta, nas visitas domiciliares assim como pela enfermeira, técnica de enfermagem e diferentes agentes de saúde em suas visitas diárias.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

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

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários diabéticos.

Detalhamento:

Para esta ação a cada sexta feira a enfermeira revisara os prontuários verificando a atualidade das orientações nutricionais dadas a cada usuário hipertenso.

Organização e gestão do serviço

Ação:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento:

Para esta ação serão feitas palestras e conversas em escolas, centros laborais e no início de cada consulta sobre temas como alimentação saudável, geralmente pelo médico ou enfermeira. Todas as quartas feiras teremos a visita do nutricionista na unidade.

Engajamento publica

Ação:

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

Detalhamento:

Todos os usuários serão devidamente informados sobre adequados hábitos alimentares assim como uma alimentação saudável. Isso será feito pelo médico a

cada consulta, nas visitas domiciliares assim como pela enfermeira, técnica de enfermagem e diferentes agentes de saúde em suas visitas diárias.

Qualificação da prática clínica

Ação:

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

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação:

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

Detalhamento:

Para esta ação a cada sexta feira a enfermeira revisara os prontuários verificando a atualidade das orientações para a prática de atividade física periódica de todos os usuários hipertensos

Organização e gestão do serviço

Ação:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento:

Para esta ação serão feitas palestras e conversas em escolas, centros laborais e no início de cada consulta sobre temas como a prática de atividade física, geralmente pelo médico ou enfermeira. Todas as quartas feiras teremos a visita do nutricionista na unidade.

Engajamento publica**Ação:**

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

Detalhamento:

Todos os usuários serão devidamente informados de seus direitos em relação à prática de atividade física regular. Isso será feito pelo médico a cada consulta, nas visitas domiciliares assim como pela enfermeira, técnica de enfermagem e diferentes agentes de saúde em suas visitas diárias.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

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

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação:

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

Detalhamento:

Para esta ação a cada sexta feira a enfermeira revisara os prontuários verificando a atualidade das orientações para a prática de atividade física periódica de todos os usuários diabéticos.

Organização e gestão do serviço**Ação:**

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento:

Para esta ação serão feitas palestras e conversas em escolas, centros laborais e no início de cada consulta sobre temas como a prática de atividade física, geralmente pelo médico ou enfermeira. Todas as quartas feiras teremos a visita do nutricionista na unidade.

Engajamento publica**Ação:**

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

Detalhamento:

Todos os usuários serão devidamente informados de seus direitos em relação à prática de atividade física regular. Isso será feito pelo médico a cada consulta, nas visitas domiciliares assim como pela enfermeira, técnica de enfermagem e diferentes agentes de saúde em suas visitas diárias.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

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

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento:

Para esta ação a cada sexta feira a enfermeira revisara os prontuários verificando a atualidade das orientações para o abandono do tabagismo de todos os usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação:

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

Detalhamento:

Atualmente existe abundante medicamento para o abandono ao tabagismo.

Engajamento publica

Ação:

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

Detalhamento:

Os usuários serão devidamente informados da existência de um tratamento para abandonar o tabagismo. Isso será feito pelo médico a cada consulta, nas visitas domiciliares assim como pela enfermeira, técnica de enfermagem e diferentes agentes de saúde em suas visitas diárias.

Qualificação da prática clínica

Ação:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários diabéticos.

Detalhamento:

Para esta ação a cada sexta feira a enfermeira revisara os prontuários verificando a atualidade das orientações para a prática de atividade física periódica de todos os usuários diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação:

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

Detalhamento:

Atualmente existe abundante medicamento para o abandono ao tabagismo.

Engajamento publica**Ação:**

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

Detalhamento:

Os usuários serão devidamente informados da existência de um tratamento para abandonar o tabagismo. Isso será feito pelo médico a cada consulta, nas visitas domiciliares assim como pela enfermeira, técnica de enfermagem e diferentes agentes de saúde em suas visitas diárias.

Qualificação da prática clinica**Ação:**

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento:

Ao final de cada reunião da equipe semanal será usado uma hora para a capacitação dos agentes de saúde e dos profissionais, para isto cada um desenvolverá uma parte de um tema previamente selecionado e será debatido.

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

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

Monitoramento e avaliação**Ação:**

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

Detalhamento:

Para esta ação a cada sexta feira a enfermeira revisara os prontuários verificando a atualidade das orientações para a prática de atividade física periódica de todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço**Ação:**

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

Detalhamento:

O tempo médio de cada consulta foi ajustado, cada consulta demorará em média 15 minutos com o objetivo de garantir orientações em nível individual.

Engajamento publica**Ação:**

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

Detalhamento:

Os usuários hipertensos e diabéticos serão orientados sobre a importância da higiene bucal Isso será feito pelo médico a cada consulta, nas visitas domiciliares assim como pela enfermeira, técnica de enfermagem e diferentes agentes de saúde em suas visitas diárias.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

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

Detalhamento:

Realizar capacitação para a equipe sobre metodologias de educação em saúde e orientação sobre higiene bucal, que será organizada pelo médico.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de atendimento a usuários diabéticos e hipertensos.

Meta 1.1 Cadastrar 73% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

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 Melito da unidade de saúde.

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

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Melito da unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 2 - Ampliar a cobertura de atendimento a usuários diabéticos e hipertensos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de usuários hipertensos e diabéticos ao programa de atendimento oferecido pelo SUS.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações destas ações programáticas.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários 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 usuários 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 usuários 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 geral e qualidade de vida de usuários diabéticos e hipertensos.

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

Denominador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários 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.

Denominador: Número de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: proporção de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para nosso trabalho vamos adotar os protocolos de atendimento a Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos para a colheita de dados os prontuários individuais de cada usuário e a carteirinha de Hiperdia dos usuários cadastrados no programa de atendimento ao diabético e hipertenso.

A cobertura para estas ações programáticas está baixa, tendo como meta um incremento de um 25% em ambas as ações, para isso, têm planejado ações específicas como parte imprescindível do trabalho como o monitoramento do

número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção à HAS e DM o que poderá ser feito progressivamente na medida em que o cadastro vá aumentando o que será feito pelos agentes comunitários de saúde, os que terão garantido cadernos para cada um deles criar registros específicos dos usuários cadastrados na micro área de abrangência deles, assim como serão garantidos cadernos para criar um registro centralizado na unidade para estes usuários cadastrados. De modo geral foi solicitado ao secretário da saúde aprovação de recursos para imprimir as fichas espelhos que permitirão monitorar de forma detalhada o acesso a medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, realização de exame clínico e complementares.

Finalmente vamos garantir todo o material necessário para medir a pressão arterial aos usuários hipertensos, manguitos, esfigmomanômetro assim como o material para realizar o hemoglicoteste para os usuários diabéticos. Glicômetros e fitas para teste.

Como estratégia para garantir o engajamento público temos informar à existência desse programa, orientar à comunidade da importância de aferir a pressão arterial depois dos 18 anos uma vez por ano assim como orientar à importância de medir a glicemia de todo usuário com TA maior ou igual a 135/85 o que será feito de forma coletiva no início de cada jornada de trabalho como uma mini palestra pela enfermeira ou médico. O resto das diferentes ações de promoção de saúde será em forma de palestras e conversas as que serão na própria unidade, durante o funcionamento dos diferentes grupos populacionais de risco, a cada semana será feita coordenação com uma escola o centro laboral para realizar visita e orientar adequadamente a população, especialmente na prática de atividades físicas e adequadas práticas alimentares, uma vez por mês será convidada a nutricionista para palestrar em grupos populacionais de risco previamente identificados.

Já organizando o registro específico do programa, a enfermeira revisará os prontuários individuais dos usuários diabéticos e hipertensos, fazendo assim o primeiro monitoramento, anexando anotações sobre consultas e com exames clínicos e laboratoriais em atrasos. Nos prontuários serão incrementadas avaliação da saúde bucal, pulsos periféricos, exame clínico completo, avaliação do risco cardiovascular e ações de promoção de saúde. A enfermeira será responsável de avaliar o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. O

cadastro dos usuários será atualizado, e os usuários recém-cadastrados serão feitos prontuário assim como os já cadastrados e que não dispõem de prontuários físicos na unidade, tudo este processo será feito pelos ACS, enfermeira e técnica de enfermagem.

A enfermeira será responsável pela criação de um registro específico para usuários faltosos e avaliados de alto risco, os que terão garantido 2 capacidade para cada grupo 2 vezes por semana, logo da consulta sairão com a próxima consulta agendada, Os faltosos recuperados serão visitados todo os meses pelos ACS. Contataremos com o gestor municipal para garantir material necessário para esta atividade. Para as diferentes ações de capacitação planejadas e como parte de nosso trabalho a equipe completa tomo conhecimento do projeto sendo discutidos os diferentes aspectos do mesmo, assim, começaremos todas as ações de capacitação planejadas para os diferentes membros da equipe (utilização de protocolos). Esta capacitação ocorrerá na própria unidade sendo reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe, cada membro estudará uma parte do conteúdo do tema em questão e exporá aos outros membros da equipe. Consideramos fazer aproximadamente 4 capacitações por mês.

Já organizando o registro específico do programa, a enfermeira revisará os prontuários individuais dos usuários diabéticos e hipertensos, fazendo assim o primeiro monitoramento, anexando anotações sobre consultas e com exames clínicos e laboratoriais em atrasos. Nos prontuários será incrementado avaliação da saúde bucal, pulsos periféricos, exame clínico completo, avaliação do risco cardiovascular e ações de promoção de saúde. A enfermeira será responsável de avaliar o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. O cadastro dos usuários será atualizado, e para os usuários recém-cadastrados será feito prontuário assim como os já cadastrados e que não dispõem de prontuários físicos na unidade, tudo este processo será feito por os ACS, enfermeira e técnica de enfermagem.

A enfermeira será responsável pela criação de um registro específico para usuários faltosos e avaliados de alto risco, os que terão garantido 2 capacidade para cada grupo 2 vezes por semana, logo da consulta sairão com a próxima consulta agendada. Contataremos com o gestor municipal para garantir material necessário para esta atividade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, mas nem sempre todas foram cumpridas integralmente. Inicialmente destaca-se o cadastro de usuários hipertensos e diabéticos na área de abrangência da UBS em número maior ao proposto em nosso principal objetivo, ampliando a cobertura de acompanhamento dos usuários com hipertensão para 92% e dos usuários com diabetes para 100%.

A equipe conseguiu seguir o cronograma estabelecido, todas as ações aconteceram. A equipe da unidade foi capacitada como o planejado com a utilização do Manual Técnico de Atenção a usuários hipertensos e diabéticos, para que todos os profissionais utilizem esta referência na atenção aos usuários. De acordo com o planejado realizaram-se uma capacitação semanal durante as duas primeiras semanas, onde foram abordados temas como as atribuições dos diferentes membros da equipe, adequada técnica de aferir a pressão arterial e realizar HGT. Também foram capacitados no preenchimento da documentação, e para identificar e realizar a busca ativa de todos usuários faltosos a consulta independente da patologia. Estas atividades planejadas continuaram como parte da rotina de trabalho.

Foram realizados os encontros com lideranças comunitárias, um por mês como planejado, discutindo temas como a planificação de atividades coletivas (palestras) e visitas a usuários que rechaçavam as diferentes atividades de saúde. Alguns de esses encontros foram proveitosos outros não tanto como tivesse querido pois mesmo que eram a liderança, não tinham muito conhecimento da importância das atividades de promoção e prevenção de saúde restando-lhe importância em sua agenda de trabalho. Muitos destes líderes comunitários tinham um baixo nível

cultural o que impedia valorar a importância de nosso trabalho. As atividades educativas foram oferecidas em a quase sua totalidade, só algumas tiveram que ser adiadas ou suspensas por dificuldades climatológicas. Outras aconteceram com pouca participação dos usuários ou familiares.



Figura 2: Atividade de grupo.

Em total foram realizadas 12 atividades coletivas, duas foram palestras ministradas pela nutricionista do SUS na unidade básica, abordando temas importantes como adequados hábitos nutricionais e a importância de uma alimentação saudável. O professor de educação física palestrou durante uma visita a comunidade, sobre a importância da prática sistemática de atividade física em usuários hipertensos e diabéticos, o dentista também realizou algumas atividades coletivas, uma em uma escola, abordando a técnica de escovação dental e a outra na unidade de saúde sobre a importância da avaliação odontológica para usuários hipertensos e diabéticos. As restantes atividades foram ministradas pelo médico e a enfermeira durante as reuniões do Hiperdia abordando temas como saúde sexual e reprodutiva, importância de adesão ao tratamento, consequências do uso indevido de medicamentos, drogas e álcool entre outros temas de interesse.

O trabalho da unidade foi adequado em função da priorização do programa. As consultas com a qualidade garantida segundo o protocolo de atendimento, com avaliação de risco cardiovascular a todos os usuários, exame físico completo que

inclua exame dos pés, pulsos periféricos e aparição de possíveis complicações. Foram solicitados exames complementares a 100% dos usuários assim como realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários. Os participantes do projeto receberam em sua totalidade orientações sobre alimentação saudável, pratica de atividade física regular e abandono do tabagismo.



Figura 3: Fotografia de visita de avaliação a usuários que não podem ir até a unidade de saúde.

As fichas-espelho foram preenchidas nas consultas para evitar atrasos, o fechamento mensal das planilhas, o monitoramento da qualidade, aconteceu sem dificuldade. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho foram consolidadas na planilha eletrônica, tudo o que garantiu maior controle e bom resultado da intervenção.

O trabalho realizado não foi fácil, e em muitos momentos de dificuldades a equipe precisou contornar os problemas para alcançar os objetivos, assim como adaptar algumas estratégias. Algumas dificuldade de transporte para as visitas domiciliares em busca dos faltosos às consultas, muitas vezes foi preciso procurar os usuários via telefone, ou no trajeto de volta para a casa, outras vezes foi realizada a consulta em casa dos usuários que por ter má qualidade de vida tinham impossibilidade de se deslocar até a unidade de saúde, o importante é que a equipe

procurou soluções. Os usuários que vem na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) são acolhidos por toda a equipe de saúde, tentando dar solução as demandas destes. O acolhimento é feito na sala de espera ou na recepção, escutando as necessidades destes e orientando-os adequadamente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nenhuma ação prevista no projeto deixou de ser desenvolvida, embora nem todas tenham sido colocadas em prática conforme planejadas. Foi difícil desenvolver algumas ações como as atividades educativas com a comunidade fora da UBS, atividades de grupo, falas educativas. Também foi muito difícil procurar às faltosas as consultas nas visitas domiciliares pela pouca disponibilidade de transporte, déficit de pessoal, etc. Mas a equipe procurou alternativas para que as atividades fossem realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da intervenção tive certa dificuldade em preencher a planilha de coleta de dados, mesmo que o material disponível pelo curso e de fácil entendimento e manipulação tive alguns erros no preenchimento da mesma devido a isso o cálculo de meus indicadores não correspondiam, mais com o apoio de minha orientadora consegui entender os erros e corrigi-los em tempo de maneira que não influenciaram em no resultado final da intervenção. Conforme aos roteiros feitos em nosso dia a dia, foram elaborados os diários da intervenção que facilitou a interpretação dos dados e o acompanhamento semanal das atividades realizadas, que contribuiu na construção dos resultados e adoção de novas estratégias que derivaram na melhoria da qualidade dos indicadores. Os diários ajudaram a facilitar o registro das informações de forma organizada e fidedigna, cronologicamente que finalmente contribuíram ao correto preenchimento da planilha de coleta de dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação da intervenção à rotina do serviço é viável devido ao envolvimento, participação e engajamento de toda a equipe, para o desenvolvimento da mesma. O aumento da cobertura para o atendimento dos usuários cadastrados no programa durante a intervenção é uma ação que pode ser aplicada à rotina diária do serviço não afetando o desenvolvimento dos outros programas de saúde da atenção básica, as reestruturações feitas na agenda permitem ter duas seções de saúde com atendimentos alternados entre a enfermeira e a médica, o que permitirá aumentar a cobertura para um 100% em quatro meses de intervenção. Sem afetar o resto do serviço aumentamos a cobertura e busca ativa dos faltosos a consulta. A realização de ações educativas dirigidas a comunidade e aos responsáveis sobre diferentes temas de saúde dos hipertensos e diabéticos no salão de espera durante o acolhimento também e uma ação com muita aceitação que ficou incorporada a nossa rotina.

A capacitação da equipe já está incorporada na rotina da unidade uma vez por semana durante a reunião de programação onde serão incorporados temas relacionados com todos os aspectos dos programas de atendimento que são atendidos na unidade. A incorporação de outros profissionais como odontologista, nutricionista e educador físico tornaram um serviço mais integral pelo qual pretendemos manter esta rotina incorporada ao serviço e vincular os mesmos a outros programas de atendimento.

As fichas espelho e os programas específicos do programa mostraram muita eficiência, garantam a veracidade dos dados registrados e facilitam o processo de trabalho, por isso pretendemos manter utilizando estes. Os mesmo continuarão sendo avaliados e monitorados mensalmente pela enfermeira ou pela médica e identificados conforme a legenda aprovada pela equipe. A busca ativa dos faltosos ofereceu resultados maravilhosos que não só vamos manter na rotina do serviço, como também, pretendemos aplicar esta experiência em outros programas de atenção básica. O uso da planilha facilitou muito o análises dos resultados, e de fácil implementação pelo qual ficarão implementadas na rotina de nosso serviço manteremos a utilização desta e incorporaremos as outras planilhas disponibilizadas pelo curso a outros programas na unidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados obtidos durante o período de intervenção foram valiosos e benéficos para a Unidade de Saúde. No período de acompanhamento de 12 semanas de intervenção, nossa pretensão foi alcançar um incremento de 25% na cobertura de ambas as ações programáticas. No início de nosso projeto a cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos era de apenas 48%, sendo estipulado alcançar a meta de 73%. Já a cobertura do programa de atenção à saúde dos diabéticos era 55% e traçamos como meta alcançar 80% de cobertura.

Partindo do objetivo 01: Ampliar a cobertura do programa aos hipertensos e/ou diabéticos, conseguimos alcançar nossas metas e até superar nossas expectativas. A primeira meta de cadastrar 73% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, foi atingida. Conseguimos cadastrar e começar o acompanhamento no primeiro mês 189 usuários (30,7%), no segundo mês foram 280 usuários (45,5%) e no terceiro mês completamos 568 usuários (92,4%) de um total aproximadamente de 615 hipertensos residentes na área de abrangência da UBS. O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao hipertenso foi a esperada e superada, pois atingimos o percentual superior a nossa meta de 73% de toda a área de abrangência. Isso foi resultado da adequada capacitação dos ACS e forma de cadastrar os novos usuários e como recuperar os usuários faltosos a consultas caracterizando que nossa estratégia deu certa, como mostra a gráfico abaixo.

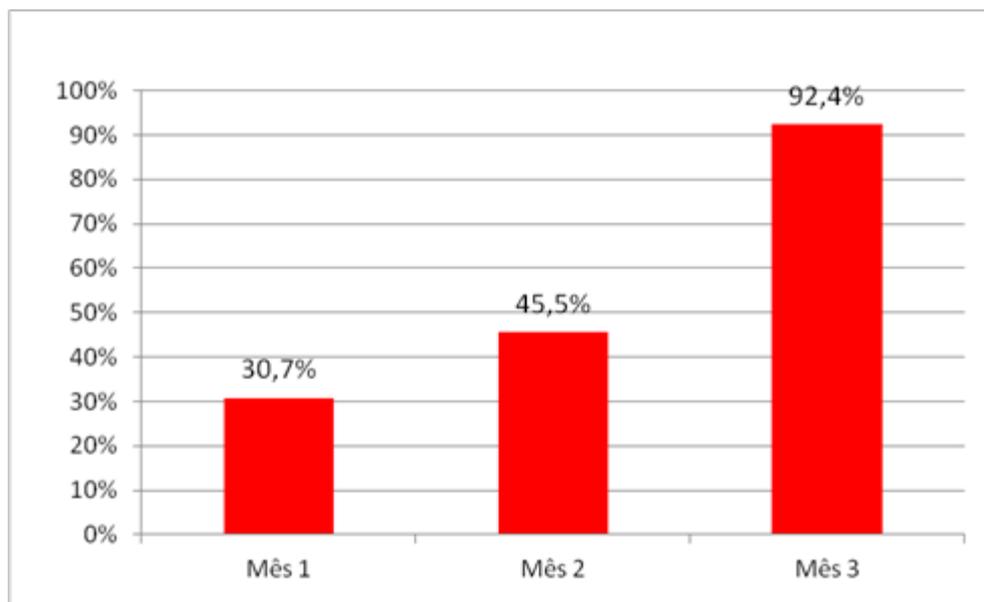


Figura 4: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Missões, Soledade /RS, 2015.

Em relação a meta 1.2 cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, conseguimos cadastrar e iniciar o acompanhamento no primeiro mês de 49 usuários (27,4%), no segundo mês foram 98 usuários (54,7%) e no terceiro mês completamos 179 usuários (100%) de um total aproximadamente de 179 diabéticos residentes no território área de abrangência da UBS. O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes também foi ótima, atingimos um percentual muito superior a nossa meta proposta atingindo 100% de toda a área de abrangência da equipe, resultado das capacitações recebidas pelos agentes comunitários de saúde para garantir um adequado cadastro dos novos usuários e recuperação dos faltosos. Mesmo assim, de forma geral tivemos algumas dificuldades nas primeiras semanas pelo desconhecimento da comunidade que no transcorrer do tempo foram superadas caracterizando que nossa estratégia deu certo, como podemos observar no gráfico.

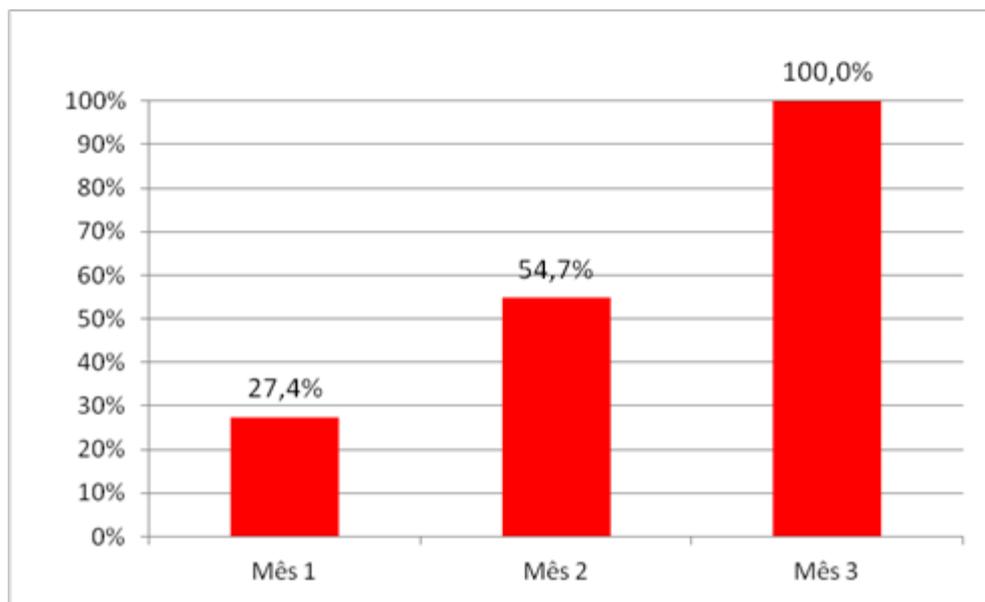


Figura 5: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Missões, Soledade /RS, 2015.

Em relação ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos para a meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e a meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos foi possível atingir a meta estabelecida. A proporção de hipertensos e diabéticos que estavam com exame clínico em dia de acordo o protocolo no primeiro mês de intervenção foi de 26 usuários (13,8%), no primeiro mês, de 167 usuários (59,6%) no segundo, e 568 usuário (100%) no terceiro. Com os atendimentos dos diabéticos a evolução do indicador foi um pouco diferente, no primeiro mês 9 usuários (18,4%) tiveram exame clínico realizado, no segundo mês 41 (41,8) estavam com exame clínico e finalmente no terceiro mês 179 usuários (100%) tiveram exame clínico realizado conforme o protocolo. Consideramos que a meta proposta foi atingida na sua totalidade, pois, todos foram examinados e registrado nos prontuários e fichas espelhos. O que mostra o aumento da proporção de hipertensos e diabéticos acompanhados ao longo dos meses da intervenção pelo qual conseguimos alcançar um notável incremento.

As metas 2.3 e 2.4 do objetivo 02: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos respectivamente à realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo não foi atingida em sua totalidade. Observamos que a proporção de hipertensos com exame complementar em dia se comportou da seguinte forma no decorrer dos meses de intervenção: no primeiro mês apenas 26

usuários 13,8% estavam com exame complementar em dia, no segundo mês 167 usuários (59,6%) e no terceiro mês (59,6%) e no terceiro mês 434 usuários (76,4%) estavam com exames complementares em dia.

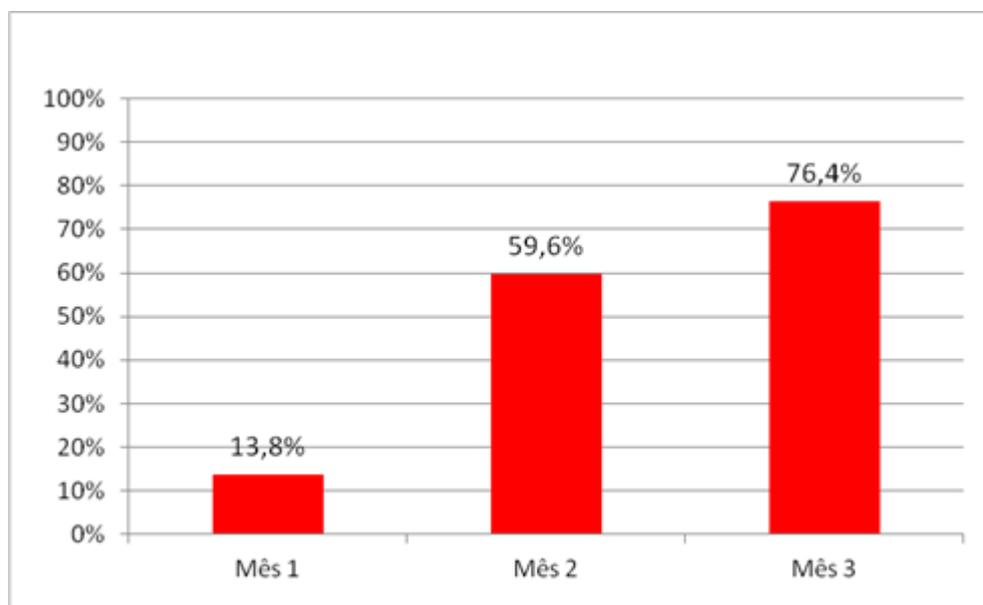


Figura 6: Gráfico da proporção de hipertensos com complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Missões, Soledade, RS, 2015.

Situação semelhante apresentaram os usuários diabéticos no primeiro mês 9 usuários (18,4%) tiveram exame complementar em dia, no segundo mês 41 (41,8%) e no terceiro mês 133 usuários (74,3%) estavam com exame complementar em dia. Muitos usuários apresentaram dificuldades pra se deslocar pra fazer os exames por ter dificuldade pra se movimentar, dificuldade para a marcha, outros por morar algo distante dos laboratórios, assim como a variante climatológica que em grande medida impedia os usuários sair de casa e muitos ficavam desmotivados.

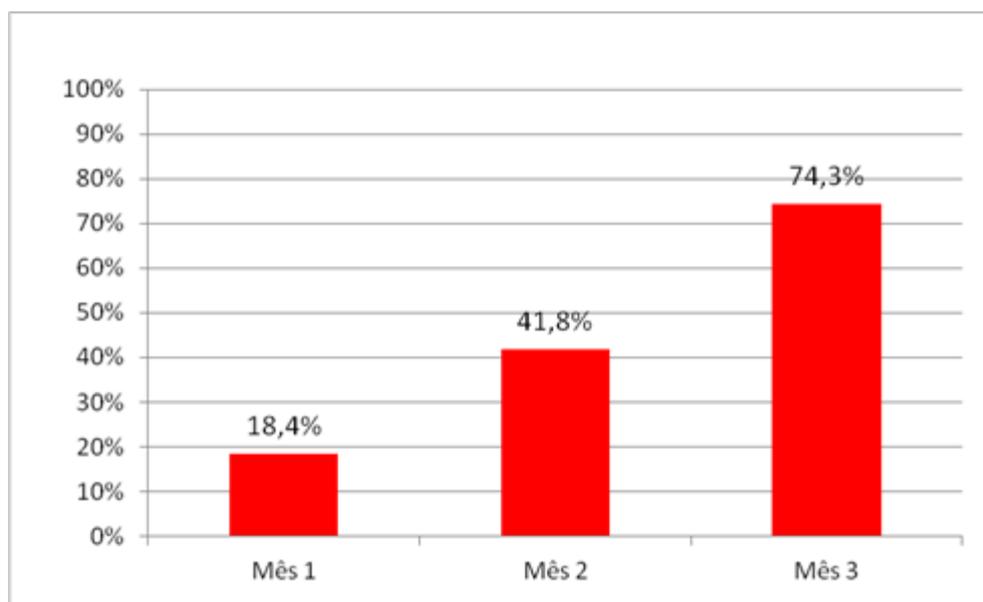


Figura 7: Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Missões, Soledade, RS, 2015.

A meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde foram atingidas integralmente. Podemos verificar através da coleta dos dados referidos que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos no primeiro mês de intervenção estavam com tratamento de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia em dia, esta proporção não teve variantes no segundo nem terceiro mês, sendo mantido o cumprimento da meta em todos os meses, o que demonstra que o tratamento dos hipertensos está de acordo com protocolo.

As metas 2.7 e 2.8: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico a 100% dos hipertensos e diabéticos respectivamente, também foram alcançadas de forma integral. A avaliação da necessidade odontológica foi priorizada em cada mês, sendo 100% dos usuários cadastrados avaliados durante todos os meses, com consultas periódicas com dentista referente também ao objetivo 06 de promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. As ações realizadas pela equipe de saúde bucal foram relevantes e importantes, pois os usuários passaram a procurar o serviço com maior regularidade.

Em relação ao objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa as meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foram alcançadas na integralidade. Para todos os hipertensos faltosos foi realizado a

busca ativa, no primeiro mês foi feita a busca ativa de 163 usuários, no segundo mês a busca ativa de 113 usuários e no terceiro mês da intervenção também foi feita a busca ativa de 289 usuários ao final do período todos os cadastrados estavam com consulta em dia. Também foi feita a busca ativa para 100% dos diabéticos faltosos às consultas, no primeiro mês foi feita a busca ativa de 40 usuários, no segundo mês 57 usuários e no terceiro mês da intervenção 82 usuários, pelo qual ao final do período todos os usuários estavam com suas consultas em dia, o que demonstra que buscamos atingir as metas planejadas.

As ações que contribuíram para alcançar as metas foram a adequada capacitação dos agentes de saúde e de toda a equipe de trabalho que trabalhou em conjunto para alcançar esses indicadores, unido ao apoio dos líderes comunitários e a propaganda gráfica colocada em lugares públicos para que todos tivessem conhecimento do projeto.

O objetivo 04: Melhorar o registro das informações, que tinha como metas 4.1 e 4.2 manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde respectivamente, foi cumprido no período da intervenção e alcançamos as metas estabelecidas. Conseguimos manter 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência com o registro adequado na ficha de acompanhamento. Durante o primeiro, segundo e terceiro meses da intervenção conseguimos atualizar os registros do total de usuários cadastrados dentro do mês, ao final do período 100% dos usuários alcançaram os registros em dia. Todos os usuários recém cadastrados foram agendados em um registro específico atendendo a sua condição em particular, ou seja, se era faltoso ou novo cadastro.

Quanto ao objetivo 05 “Mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular”, alcançamos as metas 5.1 e 5.2, que era realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Foi realizada a estratificação de risco cardiovascular para todos os usuários hipertensos e diabéticos em todos os meses da intervenção, chegando ao final do terceiro mês com os resultados esperados, pois a equipe de saúde estava adequadamente qualificada para avaliar o risco de cada usuário. Na consulta, de frente ao médico, foi colocado um cartaz com a avaliação de risco para ser realizada em cada usuário. No caso dos usuários que não tinham realizado os exames complementares foram avaliados mesmo faltando,

com os de alto risco foram tomadas as medidas profiláticas estabelecidas e os de baixo risco que não tinham realizados os exames médicos foram conscientizados da necessidade de fazer os mesmos e ante a dúvida foram tratados como de alto risco até receber os resultados dos exames. Ao término deste trabalho já todos os usuários tinham se realizados os exames e corretamente avaliados

Em relação ao objetivo 06: Promover à saúde de hipertensos e diabéticos. As metas 6.1 e 6.2, que era garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, respectivamente as metas planejadas foram atingidas na proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação nutricional em todos os meses da intervenção. Os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa receberam orientações nutricionais com auxílio dos profissionais nutricionistas da secretaria de saúde e dos profissionais da unidade da UBS já que garantindo orientação sobre a prática de bons hábitos alimentares e adequadas orientações nutricionais são de grande importância para a redução do quadro hipertensivo, através das mudanças nos hábitos de vida, como redução de peso, redução do índice de massa corpórea e redução do consumo de bebidas alcoólicas.

As metas 6.3 e 6.4, de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa Hiperdia, foi atingida também integralmente em todos os meses da intervenção.

No que diz respeito às metas 6.5 e 6.6, garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, foi atingida integralmente no primeiro mês para os hipertensos, onde todos tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo (100%), mantendo-se no segundo e terceiro mês o número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo em cada uma das consultas programadas.

Já no atendimento aos diabéticos foi atingida integralmente, onde 100% dos usuários diabéticos tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo em todos os meses da intervenção em cada uma das consultas programadas.

As metas 6.7 e 6.8, de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos respectivamente também foram bem executadas durante a intervenção. No primeiro mês 189 (100%) dos hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal, porém no segundo mês 279 (99,6%) receberam a

orientação e no terceiro mês 568 (100%) dos hipertensos cadastrados e acompanhados receberam a orientação sobre higiene bucal.

No acompanhamento aos diabéticos todos receberam orientação sobre higiene bucal ao longo dos meses da intervenção, sendo atingido 100% de diabéticos orientados em todos os meses, atividade está, realizada em conjunto com toda a equipe de saúde.

Em relação às ações realizadas, todas foram muito importantes e de impacto para o serviço. A introdução do uso dos protocolos atualizados de atendimento de hipertensos e diabéticos também foi fundamental na melhoria do atendimento em nossa unidade de saúde. Nossa primeira ação realizada foi quando as ACS foram até os bairros de nossa área de abrangência para fazer os convites a todos os diabéticos e hipertensos residentes na área de abrangência da UBS para formar parte de nosso projeto sendo o primeiro acolhimento que eles tiveram da equipe.

Quanto ao trabalho com a comunidade sobre prevenção e conscientização sobre doenças crônicas como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial também deve ser continuado, é um trabalho sem fim, pois devemos sempre estar em contato com a população e realizando trabalhos educativos principalmente por ser uma comunidade de nível sócio econômico e educativo menor, o que ocasiona maior dificuldade de entendimento e percepção dos riscos do não controle da doença assim que diversas orientações foram repassadas para todos os diabéticos e hipertensos, como a necessidade de uma alimentação mais adequada e mais saudável, sinais e sintomas da doença e suas complicações mais frequentes.

A formação dos grupos de hipertensos e diabéticos foi adequada e atitudes que estão dando certo, pois nos locais que conseguimos formar os grupos notamos a adesão dos usuários bem como a participação dos mesmos mensalmente como uma alternativa de tratamento e melhora, podem melhorar cada vez mais, pois, o intuito é continuar convidando outros profissionais para participar e enfatizar os grupos. Os grupos fizeram bem a todos os usuários e trouxeram boas mudanças nos hábitos de vida deles e seus familiares, e eles querem que os grupos continuem com a mesma qualidade após o término da intervenção.

As reuniões semanais previstas foram realizadas todas as quintas-feiras onde conseguimos dar andamento ao projeto e sua revisão semanal. Todas as semanas avaliaram os usuários cadastrados e os faltosos para planejar busca ativa,

agendaram datas para realizar as intervenções e visitas domiciliares para aqueles usuários que não podem comparecer até unidade.

Enfrentamos poucas dificuldades e uma delas, foi à dificuldade com o transporte pra fazer as visitas domiciliares e outras ações como controle de pressão arterial e os testes rápidos de glicemia capilar (HGT) o qual foi resolvido por nosso secretário de saúde no menor tempo possível. Outras dificuldades foram às situações climatológicas o seja dias de chuvosos que afetaram o trabalho da equipe.

A realização dos exames solicitados correspondeu-se com nossas expectativas. Não houve dificuldades maiores na coleta dos dados, pois temos tudo nos prontuários e na ficha espelho dos usuários e o cálculo dos indicadores é feita automaticamente.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou em primeiro lugar a materialização de um programa de recente implementação em nossa unidade, já que nunca foi oferecido este tipo de atendimento. Proporcionou a ampliação da cobertura da atenção a usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área de abrangência, a implantação e melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos serviços odontológicos e para a classificação de risco da população alvo.

Só para ter uma ideia podemos considerar que para nossa UBSF Missões que abrange um total de 2750 usuários, antes do início da intervenção estavam cadastrados 615 usuários hipertensos dos quais só 295 estavam sendo acompanhadas; 179 os diabéticos em cadastros, recebendo acompanhamento apenas 96. Com a intervenção conseguimos atualizar o cadastramento para 92,4% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos. Alcançamos a meta que propomos no projeto de intervenção e nos próximos meses pretendemos alcançar 100% dos usuários hipertensos.

A intervenção tratou da melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na área adstrita à UBSF Missões. O 100% dos usuários receberam um adequado exame clínico com avaliação das futuras complicações, infelizmente não todos conseguiram fazer os exames complementares por diferentes motivos, mais, estamos trabalhando para recuperar e

atualizar este quesito tão importante numa correta avaliação dos usuários. De modo geral podemos dizer que o 100% da população que participou da intervenção recebeu orientações específicas sobre uso de medicamentos da farmácia popular pratica de atividade física sistemática, pratica de bons hábitos alimentares, necessidade de avaliação odontológica e orientação antitabagismo assim como uma adequada avaliação do risco cardiovascular. A atuação precoce na prevenção das complicações tardias destas doenças garante a formação de um ser psicossocial saudável e forte, com uma base sustentável para a sociedade futura que estamos querendo formar, em no qual o princípio da medicina familiar tem um papel fundamental

Conseguimos não só incorporar a avaliação odontológica, como conseguir demonstrar que o atendimento odontológico não sempre é curativo e tem importantíssimo papel na prevenção de futuras complicações e na qualidade de vida dos usuários. Fizemos à busca ativa de usuários faltosos a consulta e foram recuperados. Visitamos e consultamos domiciliarmente usuários que por idade avançada e por seu estado de saúde ser muito deteriorado não podiam ir até a unidade de saúde. Incorporamos e melhoramos os registros de informações que hasta esse momento não existiam na unidade e os que existiam eram inexatos e inoperantes.

Nestes três meses da intervenção se demonstrou a capacidade da equipe junto com a vontade dos usuários de superar os obstáculos que não faltaram. Em sentido geral o médico e a enfermeira compartilharam os atendimentos clínicos, o registro de informações, atualização e monitoramento da qualidade dos dados. A enfermeira ficou responsável de incorporar os dados atualizados no SIAB e fazer as solicitações e coordenações dos materiais de logística precisos para o desenvolvimento das atividades durante toda a intervenção. A capacitação dos profissionais ficou como responsabilidade do médico e da enfermeira sendo que todos os membros da equipe participaram coletiva e individualmente da mesma.

O acolhimento e a recepção foram responsabilidade da técnica de enfermagem, sendo que as atividades educativas dependendo dos temas a tratar e com supervisão e preparação prévia foram realizadas por qualquer membro da equipe. As agentes de saúde ficaram responsáveis da atualização do cadastramento e a busca ativa dos usuários faltosos, assim como, a realização do novo

agendamento, tanto para consulta, como para as atividades educativas, Com relação às visitas domiciliares, todos os membros da equipe participaram.

Sobre nossa reponsabilidade. Os gestores distritais foram os responsáveis por garantir todo o material imprescindível para a realização da intervenção. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como incorporação da capacidade oratória de todos os membros da equipe, enfim a intervenção ensinou o caminho a recorrer para melhorar outros programas, reestruturou o funcionamento da equipe, acrescentou a consciência social dos funcionários, criou novos horizontes para a incorporação de outros programas ao atendimento odontológico, aumentou a responsabilidade individual e coletiva da equipe e o compromisso com a saúde da comunidade e aumentou o vínculo entre a equipe e a família.

De modo geral considero que a intervenção proporcionou a capacitação da equipe para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes Mellitus, além de manter as capacitações frequentes da equipe.

Esta atividade promoveu um trabalho em conjunto multidisciplinar com o apoio de todos os profissionais da unidade, pois contamos com o auxílio das técnicas de enfermagem através da aferição dos sinais e realização dos glicotestes e controle de pressão arterial, das enfermeiras através de palestras e acompanhamento dos usuários, de diversos profissionais na avaliação de risco e através de palestras, na execução de atividades físicas sempre monitoradas, da ACS da área que estiveram sempre juntos nos encontros, sendo responsável pelo acolhimento e busca ativa dos participantes faltosos e familiares. O secretário de saúde mostrou todo apoio necessário para viabilização do estudo, as responsáveis pelos agendamentos na secretaria de saúde realizaram os agendamentos de consultas e exames solicitados.

Antes da intervenção as atividades de atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos eram concentradas no médico de nossa EBSF. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de usuários que hoje em dia estão sendo acompanhadas, e foram avaliadas em sentido geral pela enfermeira ou médico. A incorporação e melhoria dos registros específicos do programa e os agendamentos especiais para usuários pertencentes a nossa área da abrangência, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à

demanda espontânea. A classificação de risco tem sido cruciais para apoiar a priorização e acompanhamento. Podemos afirmar que com esta intervenção se pretende levar saúde de qualidade na maioria de nossos usuários, o que se traduz em uma qualidade de vida maior.

Também alcançamos pequenas melhorias estruturais na unidade e obtivemos materiais e recursos novos como balança, otoscópio, esfigmomanómetro e estetoscópio que não estavam disponíveis no serviço ou pelo menos sem a qualidade requerida para esta intervenção. Orgulho dobrado ao ver que a nossa dinâmica de trabalho mudou muito, agora o serviço está mais organizada, existe a possibilidade de ter um maior controle dos usuários, especialmente dos faltosos, pois é só acompanhar os registros da pra ter uma visão geral da situação específica de cada usuário e o status que tem em relação os atendimentos médicos. O projeto demonstrou que o atendimento odontológico não necessariamente tem que ser curativo e que atividades de pesquisas e atendimento preventivo são possíveis.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, achamos que na medida em que outros programas sejam incorporados conforme aos resultados obtidos durante esta intervenção isto terá uma modificação importante. O fato da comunidade não contar com lideranças comunitárias formais e do conselho de saúde não funcionar corretamente influenciaram diretamente em nestes resultados. Conseguimos incorporar líderes informais comunitários que estivessem em todos os momentos da intervenção aportando ideias, apoio logístico e divulgação na população, mas isso é comparado a “um grão de areia em um mar”, por isso, ainda temos que consolidar mais esta ação.

Os responsáveis e as famílias dos usuários acompanhados demonstram satisfação com o acompanhamento, com a prioridade no atendimento e as atenções individualizadas obtidas tanto no lar como na unidade. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos algumas usuários sem cobertura, mas é uma situação que se resolverá em breve. O trabalho em equipe e apoio da comunidade predominou em todo momento, o que contribuiu para o complemento deste indicador. A intervenção melhorou a comunicação entre a comunidade e o serviço, estreitou laços fortes de compreensão e atenção integral. Os usuários aprenderam a escutar e a receber orientações, passaram a entender que algumas formas arraigadas em sua cultura estão erradas, e sobre todo entenderam que são importantes para nós.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, faltou uma articulação maior com a comunidade para explicitar a importância do programa e as ações que estavam sendo desenvolvidas na unidade. Apesar de termos feito a divulgação achamos que devia ter tido mais força. Também temos que trabalhar mais com a comunidade no sentido de educação popular no que diz respeito a estrutura das atividades educativas, o que verdadeiramente é importante para o grupo alvo e construir juntos uma sociedade segura e saudável sem precisar muitos recursos materiais. Além disso, precisamos implementar estratégias para que a comunidade entenda o que nós podemos oferecer são as ferramentas necessárias para ter uma vida mais saudável em sentido geral. Agora que chegamos ao fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como a intervenção está incorporada na rotina do serviço e teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/que melhorias pretende fazer na intervenção incorporada a rotina do serviço integralmente. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área de abrangência, em especial os de alto risco. Além disso, continuarão sendo feitos os atendimentos e incorporações e melhorias nos outros programas. Manteremos atualizados os registros do programa e todas as ações desenvolvidas continuarão sendo parte da rotina de nosso serviço. Pretendemos envolver e comprometer mais aos gestores distritais nas ações desenvolvidas na unidade.

Melhorar a participação popular e comunitária como parte do engajamento público a traves de atividades recreativas-educativas, aproveitar as reuniões dos diferentes líderes comunitários com sua equipe de trabalho e conselho popular para aumentar o conhecimento dos mesmos acerca da importância de nosso trabalho e conscientizar da necessidade de implementação de dito projeto na comunidade, estimular a equipe odontológica a realizar maior número de atividades coletivas de saúde bucal e promover as consultas preventivas em usuários diabéticos e hipertensos e de modo geral incrementar a quantidade e frequência das atividades de educação em saúde que a meu critério constituem o pilar fundamental para o sucesso de nosso trabalho.

Nossos próximos passos incluem também manter o acompanhamento que até agora está sendo feito e pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos pertencentes a nossa área de abrangência. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar as ações com seus respectivos ajustes a outros programas na UBSF especialmente na saúde do usuário idoso.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestores em Saúde do Município de Soledade, estado do Rio Grande Do Sul, Em nossa UBSF missões foi desenvolvido um projeto de intervenção como parte do Curso de Especialização a distância da UFPEL, instruído para os participantes do Programa Pais Médicos para o Brasil, com o objetivo de incrementar a cobertura e qualificar o atendimento à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da UBSF Missões, Soledade, RS. Este foi o foco de nossa intervenção tendo em vista que esta era uma ação programática que tinha grandes fragilidades em nossa unidade, e que em sentido geral representa uma das ações programáticas com mais dificuldades de implementação em todo o município.

Fundamentalmente a intervenção tratou-se em sentido geral da melhoria da cobertura e da qualidade da atenção em saúde a hipertensos e diabéticos. A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou em primeiro lugar a materialização de um programa de recente implementação em nossa unidade, já que nunca foi oferecido este tipo de atendimento. Proporcionou a ampliação da cobertura da atenção a usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área de abrangência, a implantação e melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos serviços odontológicos e para a classificação de risco da população alvo.

Só para ter uma ideia podemos considerar que para nossa UBSF Missões que abrange um total de 2750 usuários, antes do início da intervenção estavam cadastrados 615 usuários hipertensos dos quais só 295 estavam sendo acompanhadas; 179 os diabéticos em cadastros, recebendo acompanhamento apenas 96. Com a intervenção conseguimos atualizar o cadastramento para 92,4% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos. Alcançamos a meta que propomos

no projeto de intervenção e nos próximos meses pretendemos alcançar 100% dos usuários hipertensos.

A intervenção tratou da melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na área adstrita à UBSF Missões. O 100% dos usuários receberam um adequado exame clínico com avaliação das futuras complicações, infelizmente não todos conseguiram fazer os exames complementares por diferentes motivos, mais, estamos trabalhando para recuperar e atualizar este quesito tão importante numa correta avaliação dos usuários. De modo geral podemos dizer que o 100% da população que participou da intervenção recebeu orientações específicas sobre uso de medicamentos da farmácia popular prática de atividade física sistemática, prática de bons hábitos alimentares, necessidade de avaliação odontológica e orientação antitabagismo assim como uma adequada avaliação do risco cardiovascular. A atuação precoce na prevenção das complicações tardias destas doenças garante a formação de um ser psicossocial saudável e forte, com uma base sustentável para a sociedade futura que estamos querendo formar, em no qual o princípio da medicina familiar tem um papel fundamental

Conseguimos não só incorporar a avaliação odontológica, como conseguir demonstrar que o atendimento odontológico não sempre é curativo e tem importantíssimo papel na prevenção de futuras complicações e na qualidade de vida dos usuários. Fizemos à busca ativa de usuários faltosos a consulta e foram recuperados. Visitamos e consultamos domiciliarmente usuários que por idade avançada e por seu estado de saúde ser muito deteriorado não podiam ir até a unidade de saúde. Incorporamos e melhoramos os registros de informações que hasta esse momento não existiam na unidade e os que existiam eram inexatos e inoperantes.

Durante a intervenção tivemos encontros com líderes comunitários para conhecer a percepção destes e da comunidade referente ao trabalho que estávamos realizando, o que nos serviu de muita ajuda para melhor o que já tínhamos iniciado.

Apesar das dificuldades estruturais apresentadas na unidade, sobretudo, cita-se a existência de só um consultório, pouco espaço físico em todos os locais da ESF, má condições para o acolhimento dos usuários e dificuldades estruturais para o desenvolvimento das atividades comunitárias dentro da unidade e as condições de trabalho que poderiam ser mais adequadas às nossas necessidades, temos

conseguido a adesão dos usuários de nossa área de abrangência, além disso, achamos que se a gestão municipal apoiar neste sentido em muito pouco tempo este projeto poderia se manter e melhorar em nossa unidade assim como ser instaurado em outros serviços para nos comprometer ainda mais com a contribuição da melhoria da qualidade de vida no Brasil.

Podemos destacar também o apoio que recebemos durante o período da intervenção, foi realizada uma reforma que melhorou muito a presença, ventilação e iluminação dos diferentes espaços físicos sendo que a estrutura não foi modificada. Mesmo com a finalização do curso as atividades continuam sendo desenvolvidas pela equipe já que foram incorporadas a rotina da equipe. Ao longo do tempo os gestores municipais poderão verificar o aumento que teremos em relação à cobertura da população, contamos com a colaboração de todos para que possamos sempre alcançar a melhor qualidade possível dos indicadores deste foco de intervenção da equipe.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados moradores da comunidade, no último trimestre foi realizado uma atividade em nossa unidade com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF Missões, Soledade, RS.

Foram realizadas atividades grupais palestras e reuniões dirigidas fundamentalmente a estes grupos de nossa população. Quanto ao trabalho com a comunidade sobre prevenção e conscientização sobre doenças crônicas como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial também deve ser continuado, é um trabalho sem fim, pois devemos sempre estar em contato com a população e realizando trabalhos educativos principalmente por ser uma comunidade de nível sócio econômico e educativo menor, o que ocasiona maior dificuldade de entendimento e percepção dos riscos do não controle da doença assim que diversas orientações foram repassadas para todos os diabéticos e hipertensos, como a alimentação mais adequada e mais saudável, sinais e sintomas da doença e suas complicações.

A formação dos grupos de hipertensos e diabéticos foi adequada e atitudes que estão dando certo, pois nos locais que conseguimos formar os grupos notamos a adesão dos usuários bem como a participação dos mesmos mensalmente como uma alternativa de tratamento e melhora, podem melhorar cada vez mais, pois o intuito é continuar convidando outros profissionais para participar e enfatizar os grupos. Os grupos fizeram bem a todos os usuários e trouxeram boas mudanças nos hábitos de vida deles e seus familiares pelo que eles querem que os grupos continuem com a mesma qualidade após o término da intervenção.

As reuniões semanais previstas foram realizadas todas as quintas-feiras pelo qual conseguimos dar andamento ao projeto e sua revisão semanal. Semanalmente avaliamos os usuários cadastrados e os faltosos para planejar sua busca ativa,

agendamos datas para realizar as intervenções e visitas domiciliares para aqueles usuários que não podem comparecer até unidade.

As ações desenvolvidas resultaram no aumento da quantidade de usuários incorporadas ao programa, aumentamos para duas seções de atendimento clínico na semana, feito tanto pela enfermeira ou pelo médico. Conseguimos que nossos hipertensos e diabéticos tivessem atendimento odontológico com vagas de prioridade. Foi feito o registro de todos os usuários cadastrados no programa, permitindo-nos realizar avaliações mais completas e assim direcionar as orientações de forma particular para cada um dos usuários.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A HAS - DM representam as DCNT com mais alto índice de incidência e morte na população brasileira além de ter alto custo social e financeiro para a sociedade e os sistemas de saúde. O reconhecimento desse impacto crescente vem determinando a necessidade dos serviços públicos de saúde se estruturarem adequada e criativamente para conseguir enfrentar o problema com eficácia e eficiência.

Após a culminação de nossos estudos de especialização em saúde da família chega o momento de fazer uma reflexão crítica do processo pessoal da aprendizagem durante este tempo.

Nunca antes tinha participado de um curso a distância, para mim novidade no processo de aprendizagem, o que foi uma experiência nova em nossa vida. No início não foi fácil para mim tanto pelas contínuas dúvidas geradas pelo conteúdo do curso como pela abordagem permanente de técnicas de computação que desconhecia pelo pouco desenvolvimento nessa área de nosso país e em particular meu. O ensino a distância é uma mostra do que o conhecimento não tem barreiras todo pode ser possível sempre e quando se tenha a disposição e os meios necessários para alcançar o propósito.

O material disponibilizado pelo curso permitiu a atualização de nossos conhecimentos, a adoção dos protocolos instituídos no Brasil e conhecer mais sobre o Sistema Único de Saúde. Percebi que no transcurso do curso melhorei a gramática do português, incorporei novos vocabulários e consegui perfeição na descrição dos textos inicialmente muito arcaicos e simples. Quando fiz a comparação do texto inicial com os textos posteriores, nossa quanta diferença, textos mais elaborados, melhor gramática, ideias melhor estruturadas em fim,

melhorias na aprendizagem do idioma. De forma geral, sinto-me profissional e humanamente fortalecido.

As vezes fiquei com vergonha dos tantos erros, tantas correções, tanta ajuda de alguém que não conheço, mas isso me estimulou a mais empenho na realização das tarefas, conhecer o lado humano daquelas pessoas que sem nos conhecer acompanharam nosso caminho em todo momento.

Muitas foram as dificuldades enfrentadas, entre elas as barreiras do idioma, o desconhecimento da computação e a mais importante ainda as dificuldades permanentes com o acesso à internet que em várias ocasiões retardou o envio até depois do aprazado.

Acredito que esta experiência tem me fortalecido e aprofundado meus conhecimentos como profissional.

O estudo permitiu a formulação de algumas conclusões a respeito da atenção básica ao usuário diabético e/ou hipertenso em nossa UBS. Primeiramente, fazer uma avaliação do desenvolvimento de nosso trabalho ao longo desse tempo, ocupa sem dúvida, espaço relevante no conjunto das práticas aplicadas ao processo de intervenção.

Pensar em nossas expectativas iniciais, na perspectiva que tínhamos no início, pressupõe definir valores e conhecimentos que foram desenvolvidos, entrevedo sua relação com o Projeto de Intervenção. Vê-se nesse meio uma crescente busca de práticas diferenciadas, que pudessem transformar nossa equipe, diabéticos, hipertensos e comunidade. Uma vez que a expectativa em torno do projeto e da comunidade como um todo são elevadas aguarda-se uma maior cooperação da comunidade e do usuário da UBS; um profissional mais competente, mais capacitado à resolução de problemas pertinentes; uma equipe de trabalho mais unida; uma maior colaboração dos gestores assim como uma maior participação de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência de nossa equipe.

Referências

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Soc. Bras. Cardiologia, 2006

Protocolo Técnico Hipertensão Arterial Sistêmica. Ministério de Saúde, 2009

Protocolo Técnico diabetes Mellitus. Ministério de Saúde, 2009

Revista Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI, Volume 13,
Libro 1, 2010.

Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério de Saúde, 2014

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

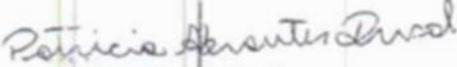
OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

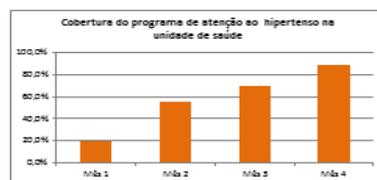
Prezada Pesquisadora;

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


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	19,8%	55,2%	69,7%	88,6%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS	85	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



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



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS	85	237	299	380



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



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	Proporção de hipertensos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS	85	237	299	380



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



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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: