

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Móvel
Piratini 1, Piratini/RS

Jorge Luis Bejerano Jaen

Pelotas, 2015

Jorge LuisBejeranoJaen

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Móvel
Piratini 1, Piratini/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: Fábio de Jesus Santos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

J22m Jaen, Jorge Luis Bejerano

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS Móvel Piratini 1 Piratini/RS / Jorge Luis Bejerano Jaen; Fabio De Jesus Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

71 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. Santos, Fabio De Jesus, orient. II. Título

CDD : 362.14

A minha esposa por apoiar-me aqui no Brasil.
A minha mãe, pelo seu apoio.

Agradecimentos

Agradeço a meu orientador Fábio de Jesus Santos.

Agradeço a minha equipe de trabalho.

Agradeço a odontóloga Luiza Helena Almeida.

Agradeço a médica Yoneisis Vinent.

Resumo

JAEN, Jorge Luis Bejerano. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS.** 2015. 68f. (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são causas de morte, sendo consideradas como problema de saúde em todo o Brasil. A Unidade Básica de Saúde Piratini 1 é uma unidade móvel que se desloca por todo o município, sendo que o número estimado da população adstrita à Unidade é de aproximadamente 8000 pessoas, estimando 920 hipertensos e 245 diabéticos. O presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS. A intervenção foi realizada na unidade por um período de doze semanas, de fevereiro até maio 2015, em que foram realizadas várias ações estruturadas dentro de quatro eixos temáticos, "Monitoramento e Avaliação", "Organização e Gestão do Serviço", "Engajamento Público" e "Qualificação da Prática Clínica. A cobertura antes da intervenção era de 10 usuários hipertensos, correspondendo a 1,1% da estimativa e de 35 diabéticos, correspondendo a 14,2% dos estimados. Durante a intervenção foram cadastrados 41% dos hipertensos estimados, que equivaleram a 377 pessoas e 49% dos diabéticos estimados cadastrados, que equivaleram a 120 pessoas. A intervenção serviu para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, o atendimento foi planejado e agendado e a intervenção foi incorporada a rotina de trabalho da unidade móvel. Foram realizadas várias capacitações desde o início da intervenção, tendo em conta o cronograma onde foram abordados temas de promoção e prevenção de saúde e todo o referente ao protocolo das duas doenças.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de Atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015	44
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de Atenção ao diabético na unidade de saúde na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	45
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	46
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	47
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	48
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	49
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	51
Figura 8	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	51
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	52
Figura 10	Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	53
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	54

Figura 12	Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	54
Figura 13	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exames clínicos em dia na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	55
Figura 14	Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exames clínicos em dia na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	56
Figura 15	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre a importância da prática de atividades física regular na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	58
Figura 16	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015.	59

Lista de Abreviaturas e Siglas

- ACS Agente comunitário da Saúde
- DM Diabetes Mellitus.
- HAS Hipertensão Arterial Sistêmica.
- SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS Sistema Único de Saúde.
- UBS Unidade Básica de Saúde.

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto “Situação da ESF/APS” e o “Relatório da Análise Situacional”	14
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção	Erro! Indicador não definido.
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas	Erro! Indicador não definido.
2.2.1 Objetivo geral	Erro! Indicador não definido.
2.2.2 Objetivos específicos.....	Erro! Indicador não definido.
2.2.3 Metas.....	16
2.3 Metodologia	Erro! Indicador não definido.
2.3.1 Ações.....	Erro! Indicador não definido.
2.3.2 Indicadores	27
2.3.3 Logística	Erro! Indicador não definido. 31
2.3.4 Cronograma.....	Erro! Indicador não definido. 32
3 Relatório da Intervenção.....	Erro! Indicador não definido. 35
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	Erro! Indicador não definido. 35
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas	Erro! Indicador não definido. 38
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores	Erro! Indicador não definido. 38
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.....	Erro! Indicador não definido. 38
4 Avaliação da intervenção.....	Erro! Indicador não definido. 40
4.1 Resultados.....	Erro! Indicador não definido. 40
4.2 Discussão	Erro! Indicador não definido. 57
5. Relatório da intervenção para gestores	Erro! Indicador não definido. 58
6. Relatório da Intervenção para comunidade	Erro! Indicador não definido. 59
7. Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem	Erro! Indicador não definido. 61
Referências	Erro! Indicador não definido. 63
Anexos	Err
o! Indicador não definido....	64

Apresentação

É um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas/Rio Grande do Sul (RS), que teve como objetivo geral a Melhoria da Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS.

O trabalho está dividido em 5 partes sendo que na primeira será detalhada a análise situacional da unidade de saúde: recursos humanos, processo de atenção, características físicas da unidade móvel.

Na segunda será abordado o projeto de intervenção na unidade que possui a justificativa, os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, indicadores metas, logística e cronograma.

A terceira parte será o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, os problemas nos coletados dados, sendo também abordada a incorporação do projeto à rotina do trabalho.

A quarta parte será apresentada a Avaliação da intervenção, em que aborda os resultados alcançados, a discussão, os relatórios aos gestores e comunidade, apresentando a importância dos resultados alcançados na intervenção.

Na quinta partes será apresentada uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem no Curso de Especialização em Saúde da Família.

1 Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS

Eu trabalho em uma UBS móvel denominada Piratini 1, do município de Piratini/RS, que se desloca por todo o município para atender a uma população de 8000 habitantes aproximadamente dos assentamentos rurais.

Possuímos somente uma equipe de trabalho composta por 1 médico clínico geral, 2 recepcionistas, 3 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar geral.

A hipertensão arterial é uma condição muito presente no nosso serviço, que contribui para efeitos adversos. Existem fatores de risco na comunidade como: tabagismo, idade, fatores sócias e também existem outras situações clínicas como doenças arteriais periféricas e câncer.

De maneira geral na unidade de saúde os homens pouco demandam a atenção dos profissionais de saúde. Atualmente há uma tendência a reduzir a saúde do homem a problemas relacionados à próstata e impotência sexual.

Com relação a idoso, mais que prevenir doenças para esse grupo etário deve ser a melhoria da autonomia, da inclusão na família e na comunidade e tudo aquilo que melhore a qualidade de vida, por exemplo, espaços comunitários de convivência onde eles possam se sentir úteis, ativos e encontrem sentido em sua vida.

Outra situação ocorre com os usuáriostabagista, muitas vezes o que eles querem é uma segurança para poder continuar fumando, mais importante é não perder o foco do problema que é o tabagismo é estimular o abandono desse habito.

Na área oncológica o diagnóstico precoce é uma estratégia que possibilita terapia mais efetivas, ao contribuir para a redução do estágio de apresentação do

câncer. Por isso é importante que a população reconheça os sinais de alerta dos cânceres mais comuns.

A incidência de mortalidade pelo câncer do colo do útero pode ser reduzida por meio de programas organizados. O principal método é o exame de Papanicolau que deve ser disponibilizado as mulheres com vida sexual ativa aquelas da faixa etária de 25 a 59 anos.

O câncer de mama quando identificado em estágios iniciais apresentam prognósticos mais favorável é cura pode chegar a 100%, sendo recomendável o exame clínico das mamas. Quando detectadas anormalidades é necessário a investigação diagnóstica com exames complementares como mamografia, ultrassonografia.

O câncer de próstata é causa comum de morte por câncer entre homens, sendo recomendável o exame clínico de próstata e realização o exame de PSA em homens assintomáticos com idade superior a 40 anos.

A história natural do câncer do intestino propicia condições ideais a sua detecção precoce por isso indicáramos pesquisa de sangue oculta nas fezes, colonoscopia em adultos entre 50 e 75 anos.

Visto que um problema de saúde considerado prevalente e relevante em uma comunidade pode não ser em outra e desse modo a construção de programas de saúde devem reconhecer as diversidades, as prioridades das necessidades locais.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Eu trabalho no município de Piratini, no estado do Rio Grande do Sul, que conta com um número de habitantes de 19000, aproximadamente. Possui 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e todas tradicionais, além disso, contamos com 1 hospital, onde os usuários são atendidos por outros especialistas, também se faz coordenação com outros municípios da região para que os usuários de Piratini sejam atendidos e garantir uma consulta de qualidade e um ótimo atendimento.

Minha UBS é uma unidade móvel que se desloca por todo o município, não possuindo vínculos com instituições de ensino. São quatro assentamentos rurais com uma periodicidade de um dia por semana, exemplo segunda vou a um primeiro assentamento e assim sucessivamente. Tenho uma população de 8000 habitantes.

Possui apenas uma Equipe de Saúde da Família, composta por um médico clínico geral, dois recepcionistas, três enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, um odontologista, um auxiliar administrativa e uma auxiliar geral.

Como uma unidade móvel, não possui conexão à internet, não tem telefone, mas conta com uma sala de espera, 1 sala de recepção, 1 consultório médico, 1 consultório odontológico e 1 sala de enfermagem e vacinação.

Em relação ao acesso para usuários portadores de deficiências físicas, a UBS não está apta para recebê-los, uma vez que não possui rampas para usuários com cadeiras de rodas e não tem indicações para usuários surdos e cegos. Entretanto, a prefeitura municipal e secretaria de saúde estão formulando projeto de como deve ser a UBS, como por exemplo, que deve ter rampas de acesso, eliminação de escadas, construção de todas as salas, boa iluminação e boa ventilação como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em relação às atribuições dos profissionais da equipe, temos muito problemas, pois nossa equipe só trabalha em atendimento de demanda espontânea, não temos protocolos para fazer encaminhamentos dos usuários, não fazemos acompanhamento dos usuários em situações de internações hospitalares e nem contra referências dos especialistas. Como falei anteriormente, como só trabalhamos em atendimento de demanda espontânea, os usuários não têm que esperar muito para serem atendidos, geralmente se precisa de atendimentos este ocorre no mesmo momento.

Em relação à atenção a saúde das crianças, atendemos situações de doenças agudas, porque segundo a estratégia do município, puericultura é realizada por um pediatra no hospital. Dessa forma, não contamos com protocolo, nem manual técnico, não temos registros, mas em nossas consultas incentivamos as mães a trazerem suas crianças para consulta de puericultura na UBS para as imunizações. Além disso, orientamos para realização o teste de pezinho na UBS e trabalhamos em parceria com pediatra do município para cuidado das crianças menores de um ano.

Em minha UBS tampouco se faz atendimento pré-natal, uma vez que é realizado no hospital do município ou em clínicas particulares. Não podemos realizar avaliação na UBS, mas temos como objetivo a criação de um grupo de mulheres grávidas.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, nós realizamos pesquisa uma vez por semana por uma enfermeira da UBS central, a qual tem um registro de algumas mulheres de 25-49 anos de todo o município. Em relação ao câncer de mama, para as mulheres maiores de 40 anos com fatores de risco, é solicitada a mamografia que se faz em nosso município e se orienta para a realização do auto-exame de mama.

Nossas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças são:

- 1- Falar pelos meios da difusão massiva sobre câncer de colo de útero e mama;
- 2- Falar sobre as relações sexuais protegidas;
- 3- Estímulo a prática de exercícios físicos;
- 4- Orientações sobre os malefícios do consumo de álcool;
- 5- Orientação das mulheres sobre sintomas e sinais do câncer de mama.
- 6- Orientação sobre o estímulo para relações sexuais protegidas
- 7- Formação de grupos de saúde da mulher.

Em relação à atenção a usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, em nossa UBS, esses são atendidos todos os dias e em todos os turnos de trabalho. Não contamos com protocolos das duas doenças, além disso, fazemos avaliação do estado clínico, exame físico e reajuste do tratamento se necessário. A equipe de saúde deve garantir ações de promoção e prevenção de saúde para melhorar estilo de vida a população exposta. Temos captados 10 usuários hipertensos que equivale a 1,1% da estimativa e 35 diabéticos que equivale a 14,2% da estimativa, percentual muito baixo, a secretaria tem um censo feito 2012, de usuários hipertensos 920 e 245 diabéticos, dessa forma, devemos investir no cadastramento da população e no mapa de zona de abrangência.

É importante a realização de captação do usuário através de exames de laboratórios (glicemia de jejum, hemoglobina glicada, uréia, creatinina, colesterol, triglicérides). Além disso, criar grupos de usuários hipertensos e diabético. É importante, também, intervir na população não doente para evitar duas doenças, como atividades didáticas e atividades físicas, identificação dos fatores de risco, alimentação saudável, garantir presença de nutricionistas, endocrinologista, cardiologista. É necessário, também, implantar protocolos de atendimentos para a hipertensão e diabetes.

Em relação à atenção a saúde de pessoas idosas, eu acho que as pessoas idosas precisam de uma atenção especial. Em minha UBS oferecemos serviços todos os dias e nos dois turnos de trabalho, além disso, não se aplica avaliação global do idoso, não tem planejamento das ações e nem existem protocolos de atendimentos. A quantidade de usuários idosos de minha UBS é muito baixa tendo em conta, que não contamos com cadastro da população, nem mapa de abrangência.

Temos que planejar ações de saúde para buscar autonomia dos idosos, fazer ações de saúde sobre os cuidados aos idosos. Além disso, é importante fazer grupos de pessoas idosas. Uma ação importante seria criar casa do idoso. Mais uma vez, algo muito importante a se fazer cadastro da população e mapa de abrangência.

Precisamos melhorar a estrutura e organização das UBS, pois não têm condições e algo muito importante para contar com a presença de agentes comunitários e os diferentes profissionais para fazer um bom atendimento. Sobre a atenção da saúde bucal tenho que falar que faz atendimento 4 dias semanais, com 10 atendimentos por dia.

Infelizmente, estamos em processo de reorganização e reordenamento da UBS, onde estamos trabalhando para mudar as coisas já que não dependem de mim unicamente.

1.3 Comentário comparativo entre o texto “Situação da ESF/APS” e o “Relatório da Análise Situacional”

Minha visão sobre a UBS o qual nos permite fazer um comentário comparativo entre o texto situação da ESF/APS e o relatório da análise situacional, contamos com uma equipe bem estruturada e melhora o vínculo com o SUS.

São realizadas constantes, seguimento de câncer de colo de útero e mama, seguimento dos idosos, além do seguimento de doenças crônicas não transmissíveis fundamentalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, enfatizando sobre tudo as medidas de promoção prevenção.

Contamos com o apoio dos gestores municipais, avançamos a relação de nossos serviços com a comunidade, encontramos com os grupos de risco e a divulgação das diferentes atividades.

Muitos dos pontos negativos expostos no texto inicial são reforçados no relatório, como por exemplo, as questões de insumos, demora na liberação dos resultados dos exames.

Hoje a realidade é outra, melhorou o conhecimento de minha equipe de saúde e também melhorou o atendimento dos hipertensos e diabéticos que são atendidos em nossa unidade móvel.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são doenças que representam um problema em saúde pública no Brasil e o no mundo, gerando elevado custo médico social, principalmente por sua participação em diversas complicações. A HAS pode ser traduzida como aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica, sempre levando em conta também o risco cardiovascular. O diagnóstico de hipertensão não controlada é muito comum nos atendimentos não programados nas UBS e, nesse caso, a conduta mais adequada é recomendar correta avaliação ambulatorial. Em alguns casos, pode-se iniciar ou corrigir o tratamento anti-hipertensivo em uso, com fármacos por via oral, mantendo-se observação por breves períodos. A Diabetes Mellitus é causada por deficiência absoluta de insulina, e tem como sinais e sintomas: boca seca/sede, poliúria, enurese, emagrecimento, náuseas, dor abdominal, desidratação, cansaço, fraqueza ou sonolência, visão turva (BRASIL, 2013). As duas doenças de meu projeto de intervenção são muito frequentes em Piratini, município onde trabalho, porém escolhi o tema por ser também causa de morte e para fazer mudanças no acompanhamento e em a terapêutica.

Minha UBS é uma unidade móvel que se desloca por todo o Município para atender a toda a população dos assentamentos rurais. São atendidas aproximadamente 8000 pessoas. Nossa equipe está composta por 1 médico geral, 1 odontólogo, 3 enfermeiras, 2 técnicos enfermagem, 2 recepcionistas, 1 administrativa, 1 auxiliar geral. Enquanto a população alvo adstrita tem aproximadamente 8000 habitantes, devido ao fato, como já mencionado acima é uma unidade móvel que se desloca por todo o Município.

Temos que trabalhar para alcançar que todos os hipertensos e diabéticos acudam a consultas em na unidade móvel, para tratar a duas doenças, e levar um bom seguimento. Fazer uma consulta integral donde se atendam todas as necessidades dos usuários. O programa apresentava uma baixa cobertura só 10 hipertensos e 35 diabéticos.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos com acompanhamento na unidade móvel.
2. Obter melhoria na qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Alcançar uma adesão ótima de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Atualizar registro das informações.
5. Mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular de nossa área de abrangência.
6. Promoção e prevenção a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1:

1.1. Cadastramento 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade móvel.

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

Relativas ao objetivo 2:

2.1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Monitorar a realização de exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

2.5. Monitorar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade móvel.

2.6. Monitorar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade móvel.

2.7. Avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo 3:

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade móvel.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 4:

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

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

Relativas ao objetivo 5:

5.1. Estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade móvel.

5.2. Estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

A intervenção será realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Móvel Piratini 1, no Município de Piratini, Estado RS, tendo como público alvo os hipertensos e diabéticos da área da UBS. Para o desenvolvimento do projeto de intervenção serão realizadas várias ações, no período de 12 semanas, estruturadas dentro de quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

As ações serão apresentadas de acordo com o objetivo proposto e segundo o eixo pertencente.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Ação no eixo Monitoramento e Avaliação: monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: o monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira semanalmente, utilizando as fichas espelhos.

Ações no eixo Organização e gestão do serviço:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no programa.

Detalhamento: fazer o correto preenchimento das fichas de acompanhamento nas consultas, ação que será realizada pelo médico, enfermeira, e o técnico de enfermagem.

Ação: melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos.

Detalhamento: o acolhimento será melhorado a partir da capacitação realizada com a equipe, em que, todos serão treinados a acolher o usuário hipertenso que chegar a UBS em qualquer momento.

Ação: garantir material para a medição da pressão arterial.

Detalhamento: falar com os gestores sobre a necessidade de recursos materiais, ação será realizada pelo médico.

Ações no eixo Engajamento Público:

Ação: informar a comunidade sobre a existência do Programa.

Detalhamento: realizar palestras na comunidade, responsável será o médico, enfermeira e o técnico de enfermagem.

Ação: informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente.

Detalhamento: divulgação que será realizada na consulta, nas palestras pelo médico, enfermeira, e o técnico de enfermagem.

Ação: monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa.

Ação: orientar a comunidade a importância do rastreamento em adultos com pressão arterial maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: falar com a comunidade nas consultas e nas palestras sobre a importância do rastreamento, responsável médico, enfermeira e o técnico de enfermagem.

Ação: orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial.

Detalhamento: divulgar para a comunidade as ações de saúde, as palestras, responsável médico, enfermeira e o técnico de enfermagem.

Ações no eixo Qualificação da prática clínica:

Ação: capacitar a recepcionista para o cadastramento dos hipertensos de toda área de abrangência.

Detalhamento: a capacitação ocorrerá na reunião da equipe semanalmente pelo médico.

Ação: capacitar a equipe da unidade para a verificação da pressão arterial.

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico.

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

Ações no eixo 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: ação será realizada pelo médico, enfermeira e o técnico de enfermagem, semanalmente utilizando as fichas de acompanhamento.

Ações no eixo Organização e gestão dos Serviços:

Ação: garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: a equipe será treinada para o correto preenchimento das fichas de acompanhamento nas consultas, esta ação será realizada pelo médico, enfermeira e o técnico de enfermagem.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários diabéticos.

Ação: Garantir material adequado para a realização de hemoglicoteste.

Detalhamento. Falar com o gestor sobre as necessidades de recursos materiais para fazer hemoglicoteste.

Ações no eixo Engajamento Público:

Ação: informar a comunidade sobre a existência do Programa.

Detalhamento: realizar palestras na comunidade, ação feita pelo médico, enfermeira, e o técnico de enfermagem.

Ação: informar a comunidade sobre a importância de medir glicose.

Divulgação nas consultas, nas palestras pelo médico, enfermeira e o técnico de enfermagem.

Ação: monitorar o número de diabéticos cadastrados.

Ação: orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus.

Detalhamento: falar com a população nas consultas, nas palestras responsável médico, enfermeira e o técnico enfermagem.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes.

Detalhamento: esta ação será realizada nas palestras, sendo que os responsáveis serão o médico, enfermeira e o técnico de enfermagem.

Ações no eixo Qualificação da prática clínica:

Ação: capacitar a recepcionista para o cadastramento dos diabéticos.

Detalhamento: esta capacitação ocorrerá na primeira semana, na reunião da equipe, sendo o médico o responsável.

Ação: capacitar a equipe da Unidade para a realização de hemoglicoteste.

Detalhamento: esta ação será realizada pelo médico na reunião de equipe.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

META 2.1 Monitorar a realização de exames clínicos a 100 % dos hipertensos e diabéticos.

META 2.2 Garantir a realização de exames complementares a 100 % dos hipertensos e diabéticos.

META 2.3 Priorizar os medicamentos a 100 % dos hipertensos e diabéticos.

META 2.4 Garantir avaliação odontológica a 100 % dos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo do Monitoramento e Avaliação:

1- Realização de exames clínicos apropriados dos usuários com HAS e DM cadastrados.

2- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo.

3- Monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo.

4- Priorizar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/ hiperdia.

5- Priorizar os usuários com Hipertensos e Diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e especializado.

Detalhamento: estas ações devem ser realizadas conforme o protocolo, isto acontecerá na primeira semana e o responsável será o médico. É muito importante a realização de exame clínico aos usuários cadastrados, também o exames

complementares, desde que estejam em consonância com os protocolos. Os monitoramentos ocorrerão todas as semanas, sendo o médico e a enfermeira responsáveis.

6- Priorizar o acesso aos medicamentos da farmácia básica em coordenação com o responsável da farmácia.

Considerando a necessidade de tratamento odontológico, será revisada a ficha espelho para que o dentista monitore os usuários cadastrados no programa e possa fazer o acompanhamento odontológico.

Ações no eixo de Organização e Gestão do Serviço:

1- Definir atribuições de cada membro.

2- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos.

3- Acolhimento dos hipertensos e diabéticos.

4- Garantir a solicitação dos exames complementares.

5- Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares de acordo com o protocolo.

6- Priorizar a prescrição de fármacos da farmácia popular para 100% de Haste DM.

7- Realizar atendimento odontológico.

8- Realizar visitas domiciliares a 100% dos usuários com HAS e DM cadastrados.

Detalhamento: todos os profissionais serão capacitados durante as primeiras semanas sobre o acolhimento na unidade móvel, sobre o papel de cada profissional na intervenção, sobre os protocolos de consultas, sobre os exames complementares. Realizar um cadastramento adequado, na farmácia básica será levado um registro com a necessidade dos medicamentos para os usuários do programa, cujo responsável será o farmacêutico.

Ações no eixo Engajamento Público:

1- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM.

Detalhamento: Nas consultas serão oferecidas orientações sobre os fatores de risco destas duas doenças, se ofereceram palestra na comunidade.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica:

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

2- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adequado da unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: será realizada uma capacitação sobre o protocolo destas duas doenças e assim minha equipe estará melhor preparada para um ótimo atendimento, isto será feito na primeira semana.

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

META 3.1 Buscar 100 % dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas programadas.

Ações no eixo do Monitoramento e Avaliação:

Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, ou seja, consultas em dia para usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: para cumprir será realizado um registro específico para os usuários hipertensos e diabéticos na ficha espelho em que ocorrerá o monitoramento pelo médico e enfermeira sobre o cumprimento das consultas de acordo com o estabelecido no protocolo.

Ações no eixo de Organização e Gestão do Serviço:

1-Fazer visitas domiciliares para buscar os faltosos.

2-Organizar a agenda para acolher os diabéticos e hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Capacitar toda a equipe para a busca ativa de usuários na população, tendo como responsável o médico e enfermeira.

Ações no eixo Engajamento Público:

1-Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

2-Esclarecer aos portadores de HAS e DM e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para realização das consultas.

Detalhamento: Formar grupos na comunidade e fazer reuniões com os mesmo, e também contar com os meios de difusão massiva para realizar as distintas atividades, sendo responsabilidade do médico e enfermeira.

Ações no eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para a orientação de HAS e DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Para realizar as capacitações educativas será realizada uma reunião na primeira semana do mês, responsável o médico.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

META 4.1 Manter os registros específicos de 100 % dos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo do Monitoramento e Avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros de HAS e DM acompanhados na UBS.

Detalhamento: A enfermeira revisara uma vez ao mês as fichas espelhos e as fichas ambulatoriais e todos os registros.

Ações no eixo de Organização e Gestão do Serviço:

1- Manter SIAB atualizado

2- Implantar a ficha de acompanhamento.

3 - Atualizar o registro das informações.

4- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ter um sistema de registro que nos informe quando o usuário tem atraso na consultas e na realização de exames.

Detalhamento: Para atualizar as informações do SIAB a enfermeira colocara mensalmente os dados, também pode realizar capacitações para melhorar os registros e as fichas de acompanhamento.

Ações no eixo Engajamento Público:

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: Fazer palestra uma vez a mês na população, responsável o médico.

Ações no eixo de Qualificação da Prática Clínica:

1- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos diabéticos e hipertensos.

2- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Para o preenchimento destas ações será realizada uma capacitações na reunião da semana, sendo responsável o medico e enfermeira

OBJETIVO 5: Realizar mapeamento nos hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

META 5.1 Garantir estratificação do risco de 100 % dos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo do Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas no acolhimento, na consulta médica e nas palestras.

Ações no eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, organizar agenda.

Detalhamento: Serão realizadas as revisões das fichas espelhos e as fichas de acompanhamento uma vez ao mês.

Ações no eixo de Engajamento Público:

Orientar os hipertensos e diabéticos sobre os riscos.

Orientar os hipertensos e diabéticos sobre o acompanhamento.

Fazer ações de promoção e prevenção na comunidade.

Detalhamento: Serão oferecidas orientações nas consultas, também nos grupos e na comunidade uma vez por mês como responsável o médico e enfermagem.

Ações no eixo de Qualificação da Prática Clínica:

1-Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco ou de lesões em órgãos alvo.

2-Capacitar a equipe para a importância do registro dessa avaliação.

3-Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de risco modificáveis e não modificáveis.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas nas consultas médicas, nas reuniões com a população, nas atividades do grupo e como responsáveis o médico e enfermeira.

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META 6.1 Realizar orientação nutricional a 100 % dos hipertensos e diabéticos.

META 6.2 Realizar orientação para atividades físicas a 100 % de hipertensos e diabéticos.

META 6.3 Realizar orientação sobre risco do tabagismo a 100 % dos hipertensos e diabéticos.

META 6.4 Realizar orientação sobre higiene bucal a 100 % dos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo do Monitoramento e Avaliação:

1-Monitorar a realização da orientação nutricional dos hipertensos e diabéticos.

2-Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos HAS e DM.

3-Monitorar a realização de orientação sobre risco do tabagismo aos HAS e DM.

4-Monitorar a realização de orientação de higiene bucal aos HAS e DM.

Detalhamento: As orientações serão realizadas nas consultas medica, palestras na população, encontro com os grupos, como responsáveis o médico e enfermeira e o monitoramento será realizado uma vez na semana pelo médico e enfermeira, utilizando a ficha espelho.

Ações no eixo de Organização e Gestão do Serviço:

1-Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

2-Demandar presença de nutricionista para realizar as atividades.

3-Organizar praticas coletivas para orientação de atividade física com presença de educadores físicos para realizar as atividades.

4- Solicitar a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento: Serão formados os grupos para a realização de palestras de alimentação saudável, para a realização de exercícios responsável, a enfermeira, realizara reunião com o gestor para conseguir parcerias com outras institucionais que tenha que trabalhar com nosso projeto, esta reunião será realizada mensal, e solicitará a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Ações no eixo Engajamento Público:

1-Orientar hipertensos, diabéticos, e seus familiares sobre a importância de alimentação saudável.

2-Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

3-Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

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

Detalhamento: Serão realizadas orientações na consulta médica, nas palestras com a população e nos grupos de hipertensos e diabéticos, sendo os responsáveis o médico e enfermeira.

Ações no eixo de Qualificação da Prática Clínica:

1-Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

2-Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

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

4-Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

5-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: as capacitações serão realizadas nas primeiras semanas da intervenção, sendo o médico e enfermeira responsáveis por esta ação.

2.3.2 Indicadores

Indicadores referentes ao objetivo de ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área da equipe 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 da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Indicadores referentes ao objetivo melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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.

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.

Indicador2.3. 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.

Indicador2.4. 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.

Indicador2.5. 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 com prescrição de medicamentos.

Indicador2.6. 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.

Indicador2.7. 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.

Indicador2.8. 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.

Indicadores referentes ao objetivo de melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Indicador 3.1. Proporção de Hipertensos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

Indicadores referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações.

Indicador4.1. 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.

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.

Indicadores referentes ao objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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.

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.

Indicadores referentes ao objetivo de melhorar a promoção de saúde.

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.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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.

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.

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.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Será adotado como protocolo o Caderno de atenção básica Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, referente ao Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de HAS e número 36 de DM, do ano de 2013. Em minha unidade móvel, existe dificuldade com registro específico de usuários hipertensos e diabéticos, existe dificuldade com o sistema de informações e informaremos as entidades de saúde do município, para que desta maneira disponibilize os recursos

para trabalhar na intervenção. A técnica de enfermagem e a enfermeira irão analisar as fichas ambulatoriais para conhecer todos os usuários hipertensos e diabéticos atendidos na unidade móvel e atualizarão o registro de usuários hipertensos e diabéticos.

Será realizada uma capacitação dos protocolos de atenção destas duas doenças para assim fazer uma boa intervenção e conscientizar à equipe da importância da mesma para o controle da pressão arterial e diabetes mellitus na comunidade, esta capacitação será realizada nas quintas feiras, no período da tarde.

Temos que realizar um bom acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos sendo que a atuação da recepcionista e a técnica de enfermagem é importante. Terão prioridade os usuários com problemas agudos, onde serão reservado 3 consultas ao dia para este acolhimento.

As informações sobre a intervenção serão divulgadas para a comunidade nos encontros e grupos e nas consultas. Será utilizado também os meios de difusão massiva para que a população conheça tudo sobre a hipertensão arterial, diabetes mellitus, quais são fatores de risco, sintomatologia, exames complementares, periodicidade da consultas, importância da medição de pressão arterial e a realização de hemoglicoteste

A enfermeira junto à técnica de enfermagem revisará a ficha ambulatorial e ficha espelho dos usuários cadastrado no programa e informará como ficam as consultas e exames dos mesmos. Minha unidade móvel por ser uma unidade que se desloca por todo o município não tem agentes comunitários, pessoal muito importante para a realização de um melhor trabalho, porém que precisamos de ajuda de todo minha equipe.

Faremos uma captação de dez usuários semanal para chegar a 40 por mês de usuários cadastrados na unidade móvel.

Todas as informações das fichas ambulatoriais e fichas espelho serão anotadas em um registro específico, considerando que a unidade não possui internet.

O apoio do gestor é importante para a realização do projeto, para garantir todo o necessário para cumprir as metas propostas. Uma vez que somos uma unidade móvel, sem a presença de computadores, solicitaremos a todas as fichas necessárias para a intervenção, contaremos com o apoio de todo minha equipe para ter êxito na intervenção.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Com relação às ações da nossa intervenção que foram desenvolvidas temos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos que são atendidos na unidade móvel Piratini 1,RS. Com isto conseguimos incorporar a nossa rotina de trabalho nosso projeto, melhorou a qualidade da assistência, conseguimos a organização das consultas, melhorou o registro dos dados dos usuários cadastrado na unidade móvel, mas estas ações não foram cumpridas totalmente por não ter agentes comunitários de saúde, além disso conseguimos implantar o Programa de atenção dos usuários hipertensos e diabéticos.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos foram priorizados em todas as semanas. A recepcionista, técnica de enfermagem e enfermeira receberam treinamento para realizar um bom acolhimento, sobre tudo o que os usuários têm que conhecer sobre suas doenças. Também realizaram palestras na comunidade. Todos os usuários que procuraram a unidade móvel com hipertensão arterial e diabetes mellitus foram incorporados ao programa e cadastrados. Os meios de difusão massiva junto com as palestra na comunidade também ajudaram na melhoria destes usuários.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos foram avaliados nas consultas clínicas, fizemos requisição de exames complementares, realização hemoglicoteste, medição da pressão arterial. As enfermeiras e técnicas enfermagem realizam a medição do peso e altura, para assim na consulta determinar o IMC dos usuários hipertensos cadastrado na unidade. Também foi realizada avaliação biopsicossocial, e avaliação para determinar a saúde bucal dos usuários.

A equipe foi bem preparada para realizar um ótimo acolhimento.

O gestor do município garantiu esfigmomanômetros, fitas, balanças e todos os materiais para fazer as medições. Conseguimos que a farmácia básica tivesse todos os medicamentos necessários e que foram priorizados os tratamentos dos usuários incorporados ao projeto, manteve-se uma boa inter-relação com o farmacêutico para cumprir com esta tarefa.

Os usuários hipertensos e diabéticos foram avaliados pela dentista e receberam o tratamento oportuno de acordo com a necessidade.

Os meios de difusão massiva informaram a nossa população sobre projeto da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, foram realizadas orientações sobre as consultas e todo o relacionado com o programa. Foram capacitados os usuários hipertensos e diabéticos juntos a seus familiares sobre a importância de cumprir o tratamento, levar uma vida saudável, eliminar os fatores de riscos, realização de exercícios físicos.

A recepcionista foi capacitada e apresentou um papel muito importante na intervenção. As técnicas enfermagem e as enfermeiras foram também muito importantes no preenchimento das fichas do programa.

Tivemos dificuldade porque todas as fichas espelhos não foram reproduzidas pelo gestor, isso dificultou o bom desenvolvimento e dificultou um pouco o monitoramento. As anotações foram realizadas nas fichas ambulatoriais e depois passaram para a planilha de coletas de dados. O registro permitiu conhecer os usuários do programa, ter todos seus dados, endereço. A equipe está preparada para o preenchimento das fichas do programa. O médico e a enfermeira são os responsáveis do registro de informação do programa. As fichas espelhos e as fichas ambulatoriais melhoraram o controle e porém a qualidade da atenção dos usuários cadastrados em o programa da unidade móvel, e assim ter uma visão exata de como vai marchando nossa intervenção.

Os usuários cadastrados na unidade móvel tiveram uma consulta de qualidade, se faz exames físicos, exames complementares, sendo priorizado os medicamentos da farmácia popular, foram oferecidas orientações sobre como levar uma vida saudável, orientações sobre a prática de exercícios físicos, prevenção e promoção dos fatores de risco como são obesidade, sedentarismo, tabagismo. Em minha unidade móvel conseguimos fazer um grande esforço para que os usuários hipertensos e diabéticos fossem incorporados ao programa e garantir a realização

das consultas de acordo ao protocolo que foi adotado. Com o preenchimento das fichas de acompanhamento foi possível garantir também a qualidade de nosso projeto, e melhorar a saúde dos hipertensos e diabéticos de Piratini. Foram realizadas as capacitações da equipe. Também os hipertensos e diabéticos nas consultas foram avaliados integralmente se falou sobre os distintos fatores de risco, priorizou a realização de promoção e prevenção de saúde, sobre a realização de exercícios físicos, de ter uma alimentação adequada, do cuidado da higiene bucal e cuidado dos pés, evitem o sedentarismo, obesidade e tabagismo. Trabalhamos para cumprir as consultas de acordo o protocolo, que os usuários tiveram atualizados em quanto às consultas, exames complementares, necessidade de atendimento odontológico entre outros.

Foram realizadas palestras na unidade móvel e na comunidade onde participaram os usuários do programa juntos a seus familiares para explicar sobre os fatores de risco, realizou orientações sobre os distintos riscos como obesidade, sedentarismo, tabagismo. Falaram sobre a importância de ter uma alimentação saudável, realizar exercícios físicos. Nas consultas foram abordadas outras orientações como saúde bucal, todas estas orientações foram preenchidas nas fichas espelhos. Foi realizada uma campanha de promoção e prevenção de saúde no acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção à saúde dos mesmos.

Não tivemos problemas com as consultas odontológicas todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa foram avaliados por nosso odontologista e receberam tratamento em caso de precisar.

Foi desenvolvido um excelente trabalho pelos meios de difusão massiva, pela divulgação que foi feita sobre o projeto de intervenção facilitando o aparecimento dos usuários às consultas, também foi importante a presença dos líderes da comunidade para conseguir melhores resultados.

Conseguimos fazer um bom trabalho para obter uma atenção de qualidade e melhorar a vida dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Nenhuma ação deixou de ser desenvolvida, mesmo que parcialmente como a busca ativa de hipertensos e diabéticos, pois na unidade móvel ainda não contamos com agentes comunitários de saúde para realizar tal atividade.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Quanto à coleta de dados não houve dificuldades, ninguém havia utilizado nunca as coletas de dados, mas toda a equipe foi capacitada. As coletas de dados que tem que ver com a saúde bucal foi preenchidas pelo médico. Durante a intervenção recolher os dados das fichas espelhos e coleta de dados foi muito importante para garantir os cálculos dos indicadores e alcançar uma correta informação de todos os parâmetros que precisarem. Devo falar que faltaram algumas fichas espelhos que não foram entregadas pelo gestor municipal, então tivemos que utilizar as fichas ambulatoriais e depois de recolher todos os dados passaram as coletas de dados.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso

As ações realizadas na intervenção já são parte da rotina de trabalho, e isso foi possível devido à união de todos os membros da equipe para conseguir um bom processo de trabalho. Estamos trabalhando para que o Programa melhore as condições de vida dos usuários. Precisamos conversar com o gestor municipal para contar com as fichas de acompanhamento que faltam.

Todos os integrantes de minha equipe de saúde tem que ser responsáveis também de todas as atividades do Programa. Tem que trabalhar com minha equipe para conseguir o engajamento de todos os profissionais da unidade móvel, lembrar que eu trabalho em uma unidade móvel que se desloca por todo o município em atenção de os assentamentos rurais pelo que em ocasiões o trabalho se dificulta porque as condições não são boas, mas trabalhamos para oferecer um atendimento

clínico de qualidade para os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade móvel.

Porém os gestores municipais têm que garantir todas as coisas necessárias para conseguir um bom resultado no seguimento dos usuários hipertensos e diabéticos, assim pretendemos, para conseguir todos os requisitos no protocolo destas duas doenças crônicas.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Na UBS Móvel Piratini 1, no município de Piratini/RS, foi colocada em ação a proposta de intervenção Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

A falta de Agentes Comunitário de Saúde e cadastro da população obrigou a utilizar uma estimativa da população cedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Piratini 2012, em que foi estimada 8000 habitantes com 920 hipertensos e 245 diabéticos, além disso, não conseguimos alcançar maior quantidade na coleta de dados pelas dificuldades descritas, por exemplo não ter ACS, trabalhar em uma unidade móvel que se desloca por todo os assentamentos rurais que são quatros. Primeira vez que se fez em meu município uma intervenção deste nível, que serviu para melhorar a saúde dos hipertensos e diabéticos.

A intervenção foi aderida na rotina de trabalho da unidade e minha equipe trabalha para garantir a atenção, a intervenção serviu para atualizar os registros da unidade, organizar ás consultas, porém melhorar a qualidade de vida de os usuários hipertensos e diabéticos.

Os resultados foram os seguintes:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção do usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

Para a área de abrangência da unidade móvel estima-se 920 hipertensos e 245 diabéticos pelo Censo da Secretaria Municipal de saúde do ano de 2012.

Tivemos ampliação da cobertura, melhoramos os registros e teve uma participação ativa da comunidade e dos líderes da mesma.

Primeiro mês de intervenção foi cadastrado 7,7% dos hipertensos estimados, o que corresponde a 71 pessoas. No segundo mês da intervenção a cobertura do programa chegou a 17,2% (158 hipertensos) e no terceiro mês concluiu com 41% (377 hipertensos) dos hipertensos estimados para área da UBS (Figura 1).

Trabalhamos muito para atingir nossa meta, mas não foi possível. É importante lembrar que minha unidade móvel não contou com agentes comunitários, pessoal muito importante para conseguirmos atingir as metas propostas.

Os resultados alcançados se devem a campanha de divulgação do programa na unidade móvel, encontro com as comunidades, palestras com os líderes da comunidade e pela participação da rádio local. O importante é que a equipe incorporou nossa intervenção à rotina de trabalho da unidade móvel.

Todos os usuários que procuraram as consultas foram cadastrados, toda minha equipe foi treinada para que os usuários recebessem uma consulta de qualidade.

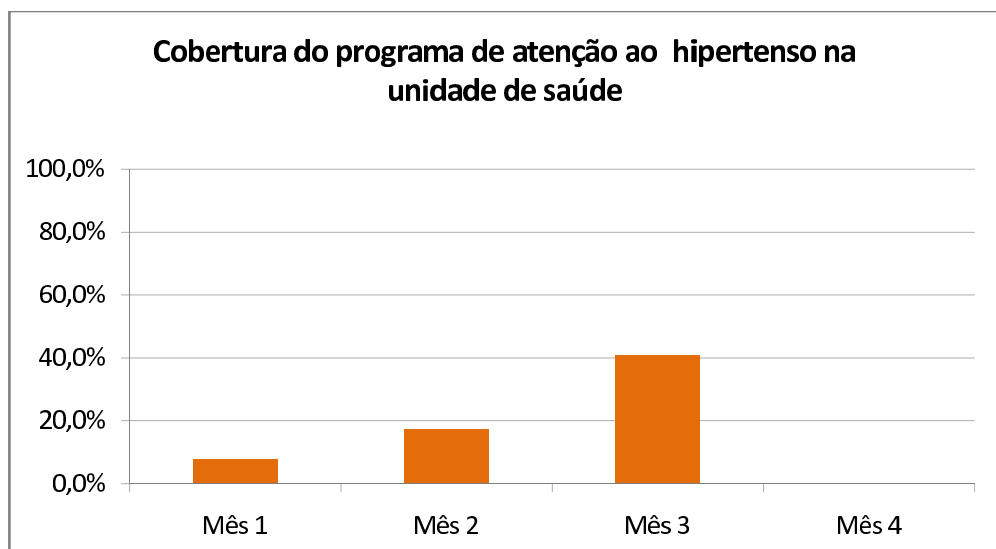


Figura 1 Gráfico Cobertura do programa de Atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção do usuários hipertensos e diabéticos.

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.

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

No primeiro mês foram cadastrados 9,8% dos diabéticos estimados, o que corresponde a 24 pessoas, no segundo mês a cobertura chegou a 22% dos diabéticos estimados, o que corresponde a 54 pessoas e no terceiro mês a cobertura atingida foi de 49% dos diabéticos cadastrados, que corresponde a 120 pessoas.

Aqui ainda não foi atingida a meta proposta, além disso, a equipe fez um esforço muito grande, mas falta do ACS prejudica muito o desenvolvimento do trabalho.

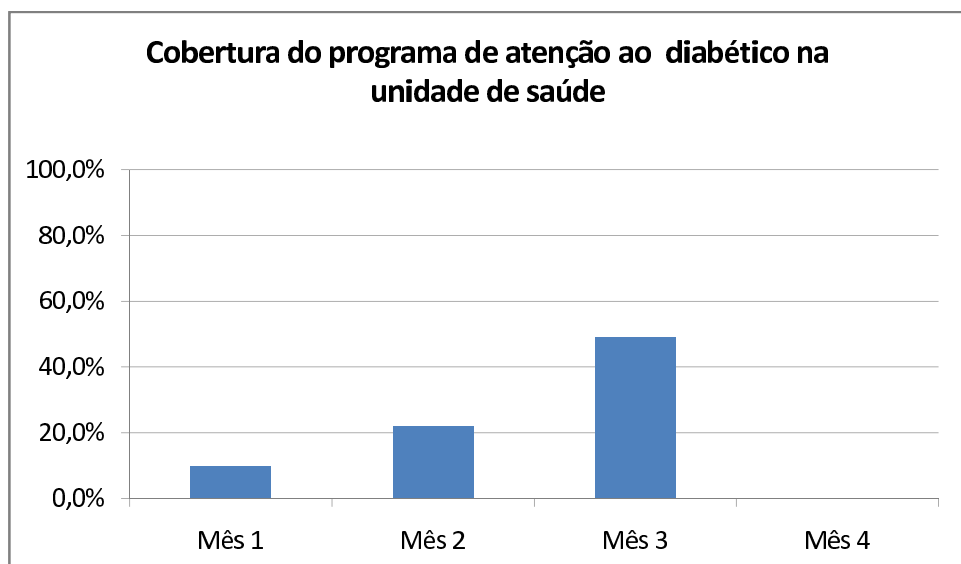


Figura 2 Gráfico Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS Móvel Piratini1, Piratini/RS. 2015

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos na Unidade de Saúde.

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.

O seguimento dos usuários na unidade móvel tem que começar registrando todos os fatores de risco na comunidade para assim fazer um melhor monitoramento

HAS e DM e diminuir a morbimortalidade. É muito importante a realização de hemoglicoteste e a medição arterial a todos os usuários que acudam a consultas medicas.

No primeiro mês de intervenção foram 81,7% (58 pessoas) dos hipertensos cadastrados no mês com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, no segundo mês, a proporção chegou a 90,5% (143 pessoas) dos hipertensos cadastrados com exame clínico apropriado e no terceiro mês a proporção foi de 94,7% (357 pessoas) dos hipertensos com exame clínico apropriado, tivemos dificuldade para atingir as metas propostas devido as dificuldades no transporte e por não ter agentes comunitários de saúde.

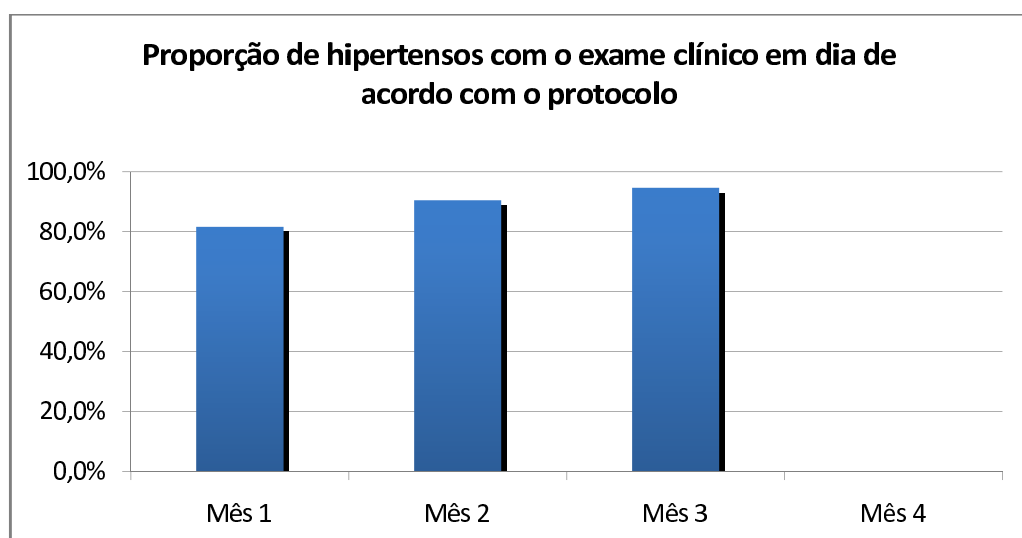


Figura 3 Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Móvel Piratini 1/RS2015

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

No primeiro mês foram 79,2% (19 pessoas) dos diabéticos com exame clínico apropriado, no segundo mês a proporção foi de 90,7% (49 pessoas) dos diabéticos cadastrados e no terceiro mês a proporção atingida foi de 92,5% (111 pessoas) dos diabéticos cadastrados no programa, trabalhamos forte para atingir as

metas, tivemos dificuldades de transporte, lembrar que é uma unidade móvel que se desloca por todo o município.

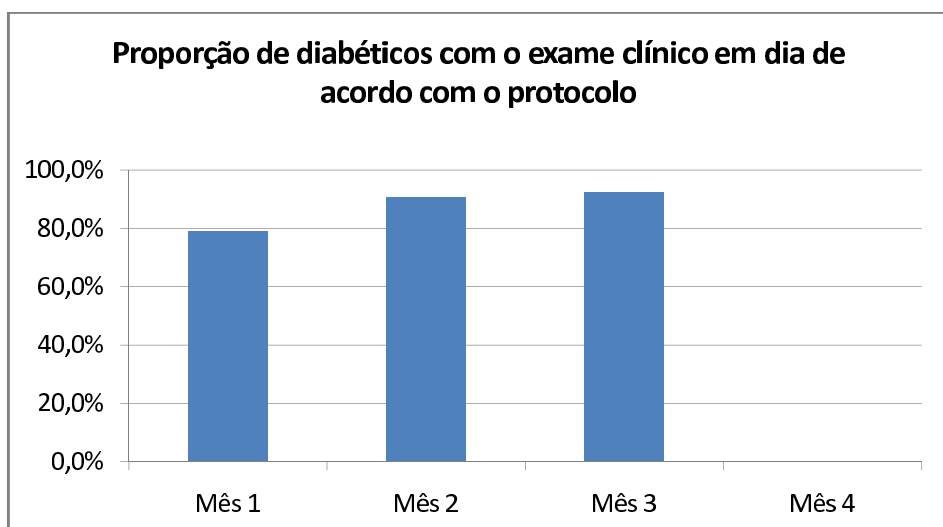


Figura 4 Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Móvel Piratini 1/RS. 2015

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

Para que o atendimento possa ser muito bom, primeiro é necessário realizar um interrogatório e um bom exame clínico e concluir com os exames complementares.

No primeiro mês foram 80,3% (57 pessoas) dos hipertensos acompanhados. No segundo mês a proporção foi de 89,9% (142 pessoas) dos hipertensos cadastrados no programa e no terceiro mês chegamos a 95,5% (360 pessoas) dos hipertensos cadastrados no programa com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, não pode atingir as metas devido a demoras na realização dos exames, comunicamos com o gestor municipal para priorizar os usuários do programa.

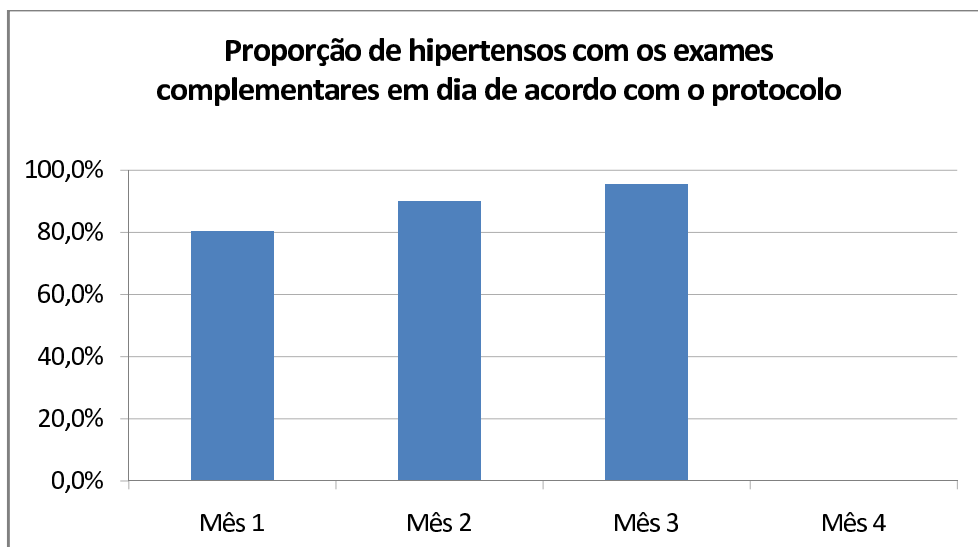


Figura 5 Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Móvel Piratini 1/RS. 2015

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

No primeiro mês foram 75% (18 pessoas) dos diabéticos com exame complementar em dias, no segundo mês a proporção de diabéticos com exame complementar foi de 88,9% (48 pessoas) dos diabéticos cadastrados na UBS e no terceiro a proporção foi de 95% (114 pessoas) dos diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tivemos demoras na realização dos exames complementares e não pode atingir as metas, foi comunicado ao gestor municipal para priorizar os usuários do programa.

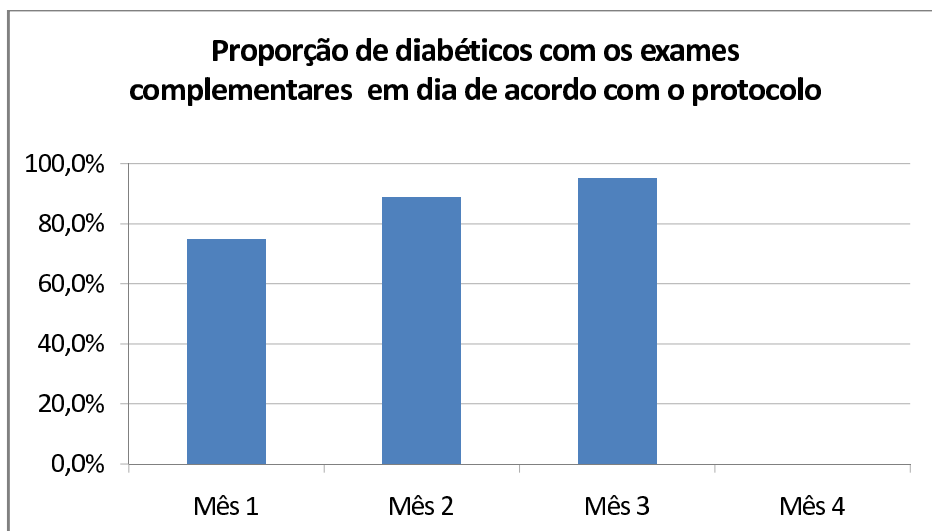


Figura 6 Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

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

Priorizar a prescrição dos medicamentos pertencentes à lista da farmácia popular é preciso fazer as coordenações com o responsável da farmácia básica para que todos os usuários tenham seus medicamentos quando foram indicados pelo médico.

No primeiro mês da intervenção foram 100% (71 pessoas) dos hipertensos com prescrição dos medicamentos da farmácia popular, no segundo e terceiro mês com a incorporação de maior número de hipertensos a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada foi de 100% sendo, respectivamente, 158 pessoas e 376 pessoas, cumprindo-se a meta da intervenção.

É muito monitorar a presença dos medicamentos em a farmácia básica para que os usuários hipertensos e diabéticos realizarem um tratamento adequado e controlar as duas doenças crônicas.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos na Unidade de Saúde.

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.

No primeiro mês foram 100% (24 pessoas) dos diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês a proporção atingida chegou também a 100% (54 pessoas) dos diabéticos cadastrados na área da UBS, assim como também no terceiro mês atingindo 100% (119 pessoas) dos diabéticos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos na Unidade de Saúde.

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.

Para ter um adequado controle da hipertensão arterial e a diabetes mellitus e preciso a consulta com odontologista e manter uma ótima higiene bucal.

No primeiro mês de intervenção foram 87,3% dos hipertensos acompanhadas (62 pessoas) que foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico de acordo com o protocolo, no segundo mês esta proporção atingiu 93,7% (148 pessoas) dos hipertensos cadastrados na área, no terceiro mês a proporção foi de 97,3% (367) dos hipertensos cadastrados na área da UBS.

Priorizamos a realização de promoção e prevenção e relação ao cuidado da boca e a higiene bucal fornecendo orientações em todas as consultas, trabalhamos em união com a odontologia para atingir as metas proposta, tivemos dificuldades com o transporte já que minha unidade se desloca por todo o município e também não ter agente comunitário dificultou atingir as metas.

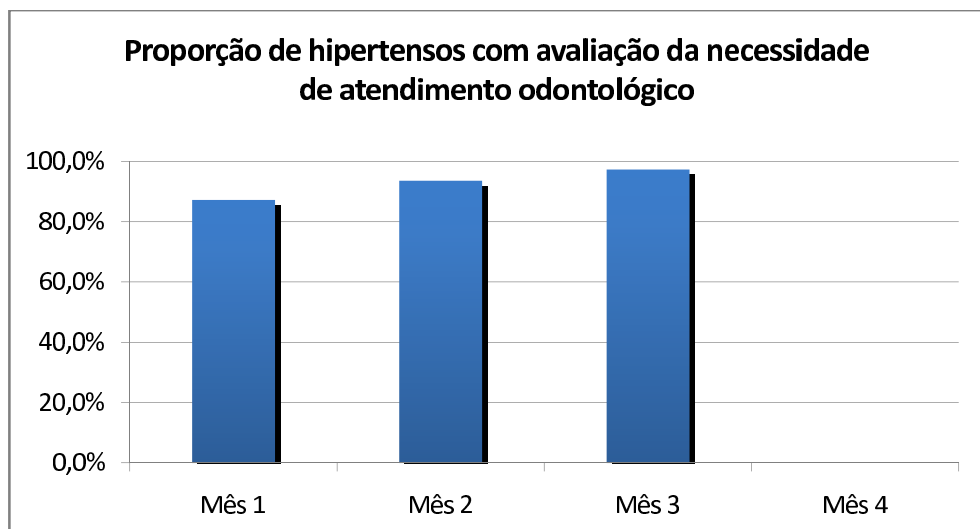


Figura 7 Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

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

No primeiro mês foram 83,3% (20 pessoas) dos diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês a proporção foi de 92,6% (50 pessoas) e no terceiro mês atingimos 96,7% (116 pessoas) dos diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

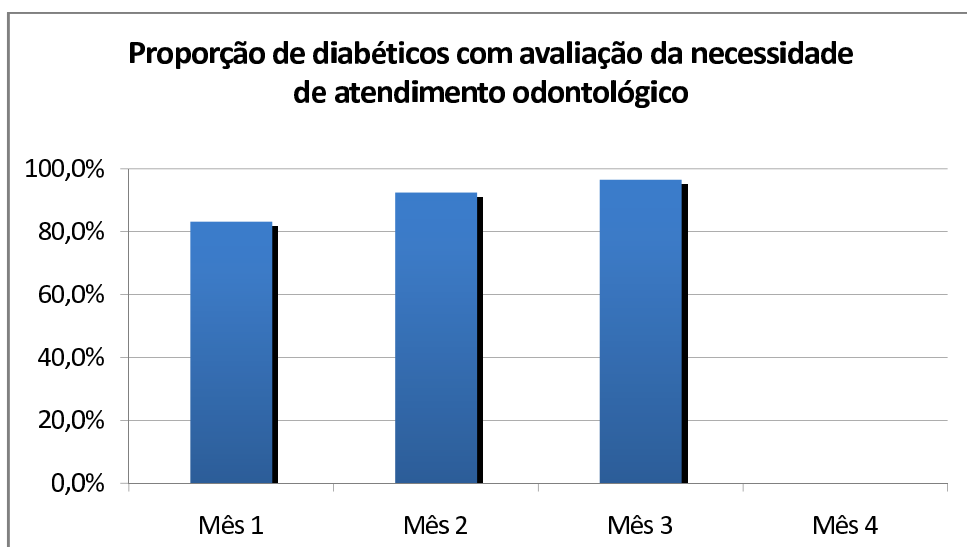


Figura 8 - Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Móvel Piratini 1, Piratini /RS. 2015

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

Meta3.1. 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.

Pela falta de transporte, lembrando que nossa unidade móvel se desloca por todo o município é muito difícil fazer visitas domiciliar, além disso, temos falta de ACS, excesso de demanda espontânea nesta ação foi muito difícil conseguimos alcançar a meta.

No primeiro mês a proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa foi de 29,4% (5 pessoas), no segundo mês a proporção chegou a 40% (8 pessoas) e no terceiro mês a proporção de hipertensos chegou em 52% (13 pessoas) dos cadastrados na área da UBS com busca ativa.

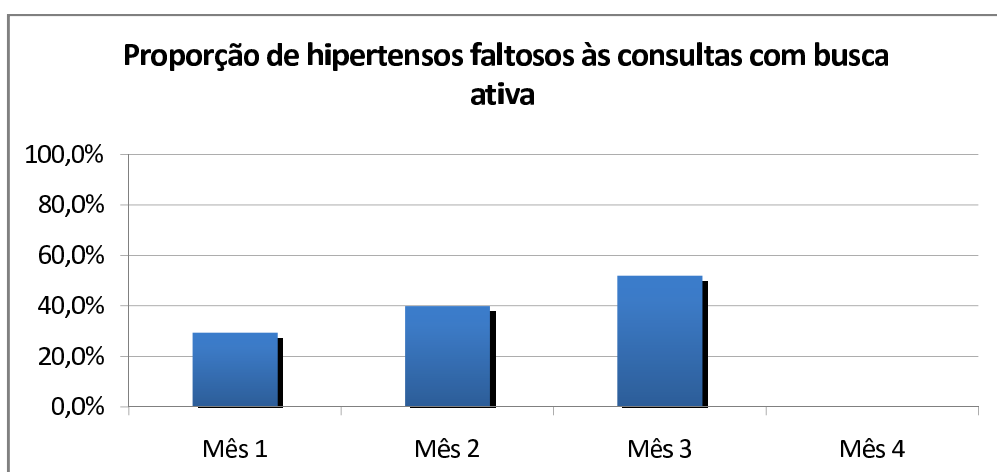


Figura 9 Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

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

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

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

No primeiro mês foi realizada busca ativa em 20% (1 pessoa) dos diabéticos faltosos às consultas, no segundo esta proporção ficou em 20% (1 pessoa) e no

terceiro mês foi com 12,5% (1 pessoa) dos diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

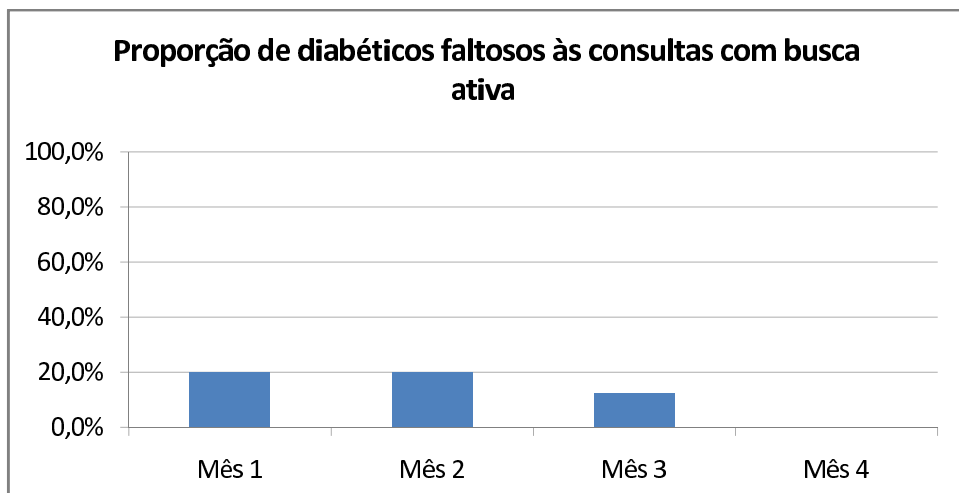


Figura 10 Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

No primeiro mês 66,2% (47 pessoas) dos hipertensos foram com o registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês esta proporção foi de 82,9% (131 pessoas) dos hipertensos cadastrados no programa da UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento e no terceiro ficou a intervenção com 91,5% (345 pessoas) dos hipertensos cadastrados no programa com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Contamos com o apoio de toda minha equipe, especialmente da recepcionista e enfermeiras.

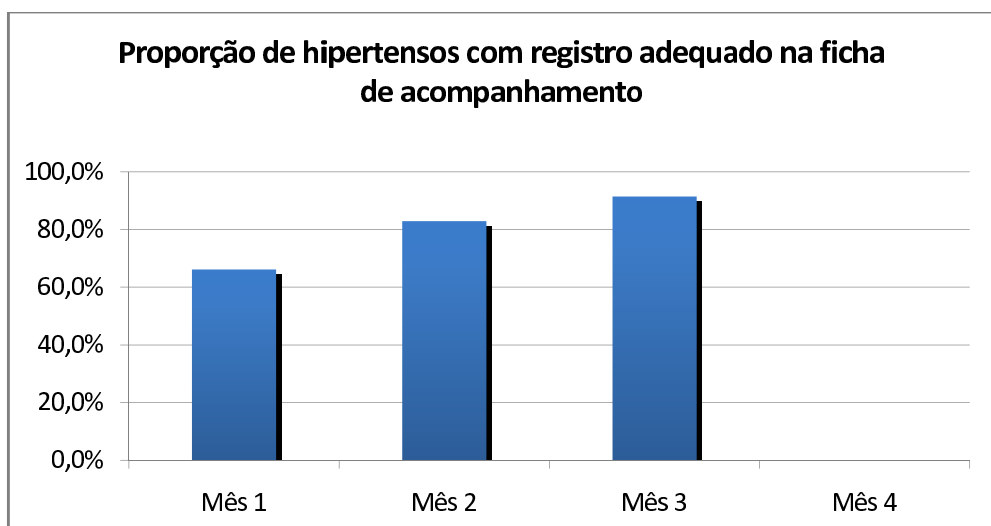


Figura 11 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

Objetivo4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Primeiro mês foram 75% (18 pessoas) dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo a proporção foi de 88,9% (48 pessoas) e no terceiro mês a proporção foi 93,3% (112 pessoas) dos diabéticos cadastrados no programa da UBS.

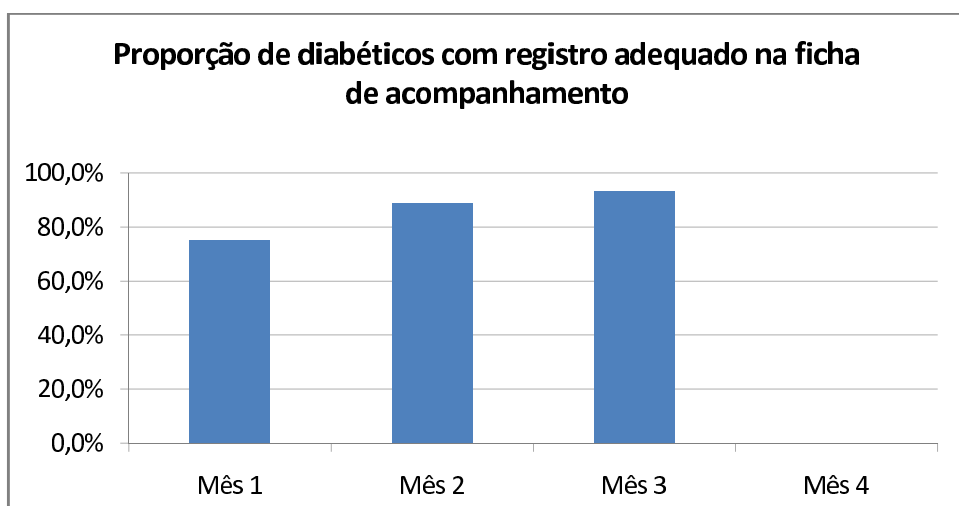


Figura 12 Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

Objetivo 5. Realizar mapeamento nos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Foi realizada a capacitação da equipe para conseguir o mapeamento e estratificação do risco cardiovascular

No primeiro mês da intervenção foram 81,7% (58 pessoas) dos hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês de intervenção esta proporção foi de 90,5% (143 pessoas) dos hipertensos e no terceiro a proporção foi 96% (362 pessoas) dos hipertensos cadastrados no programa. Nas consultas houve orientação sobre a importância da realização do risco cardiovascular para as duas doenças, HAS e DM, as metas não foram atingidas por não contar com agentes, além das dificuldades no transporte, o fato de ser uma unidade móvel que se desloca por todo o município.

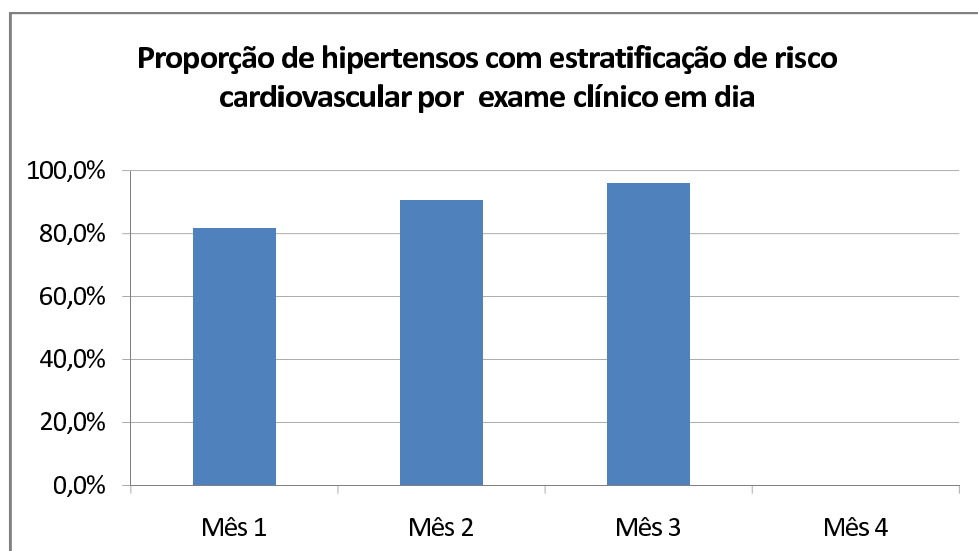


Figura 13 Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

Objetivo 5. Realizar mapeamento nos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

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

No primeiro mês a proporção foi de 83,3% (20 pessoas) dos diabéticos com estratificação do risco cardiovascular, no segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 92,6% (50 pessoas) e 96,7% (116 pessoas) dos diabéticos.

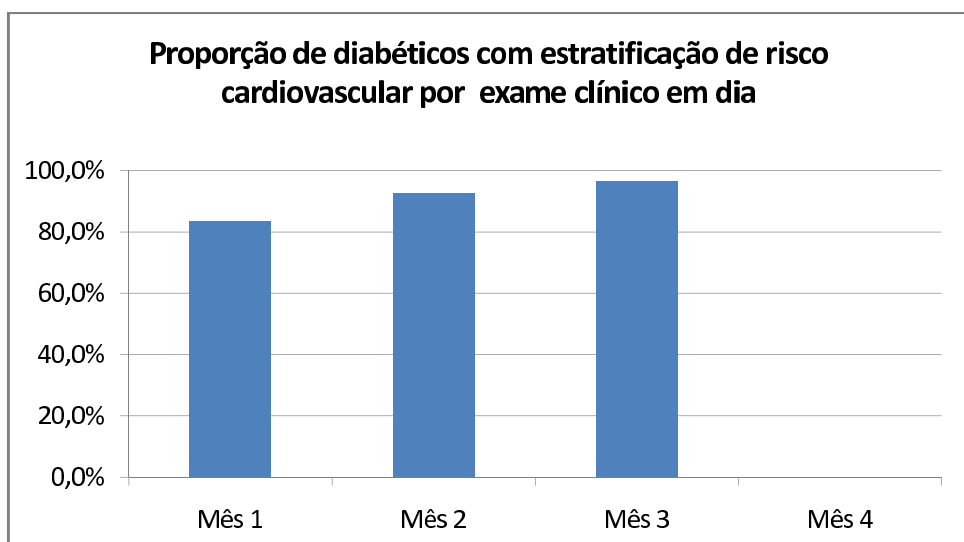


Figura 14 Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Priorizamos a realização de palestras nas consultas sobre como levar uma alimentação adequada.

Durante os três meses da intervenção a proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 100%, sendo que o número de hipertensos no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, foi de 71, 158 e 377 hipertensos.

Foi preciso capacitar a equipe sobre as orientações de como levar uma dieta mais saudável, com participação do nutricionista do município.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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.

Nos três meses da intervenção a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 100%, sendo que o número de diabéticos no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, foi de 24, 54 e 120 diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Objetivo6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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.

Foram realizadas orientações e atividades de promoção em saúde que concorreram para cumprir esta meta.

Nos dois primeiros meses a proporção de hipertensos com orientações sobre a importância da prática de atividade física regular foi de 100%, sendo 71 hipertensos no primeiro mês e 158 no segundo mês. No terceiro mês a proporção foi de 99,7% (376 pessoas) dos hipertensos cadastrados na UBS, não atingimos as metas por as dificuldades descritas como são, falta de agentes e dificuldades no transporte, eu trabalho em uma unidade móvel que se desloca por todo o município.

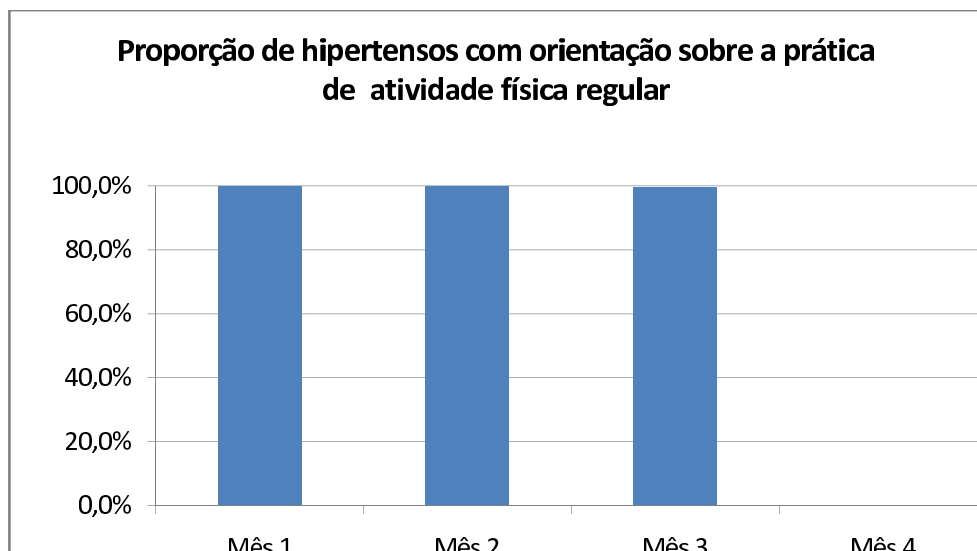


Figura 15 Gráfico Proporção de hipertensos com orientações sobre a prática de atividade física regular na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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.

Nos três meses da intervenção a proporção de diabéticos com orientação sobre a importância da prática de atividade física regular foi de 100% sendo que o número de diabéticos no primeiro, segundo e terceiro mês, foi de 24, 54 e 120 diabéticos com orientação sobre a importância da prática de atividade física.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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.

Foram realizadas orientações sobre o tabagismo e as consequências que podem trazer para os usuários do programa, houve um grande envolvimento da equipe na divulgação sobre o tema de tabagismo e assim conseguimos um bom resultado.

Nos três meses a proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100%, sendo que no primeiro mês foram 71 hipertensos, no segundo 158 e de terceiro de 377.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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.

Nos três meses a proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo ficou de 100%, no primeiro mês foram 24 diabéticos, no segundo mês o total de 54 dos diabéticos cadastrados, e terceiro de 120 diabéticos.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Todos os usuários foram avaliados e receberam orientações sobre o cuidado da higiene bucal, sendo um papel muito importante do profissional da odontologia, realizando ações de promoção e prevenção de saúde, além disso, toda minha equipe realizou a capacitação.

No primeiro mês de intervenção receberam orientação sobre higiene bucal 98,6% (70 pessoas) dos hipertensos cadastrados, segundo mês a proporção foi de 99,4% (157 pessoas) e terceiro mês foi de 99,5% (375 pessoas) dos hipertensos cadastrados na UBS, trabalhamos para atingir as metas propostas junto à profissional de odontologia, lembrar que eu trabalho em uma unidade móvel que se desloca por todo o município, além disso, não tenho agentes comunitários.

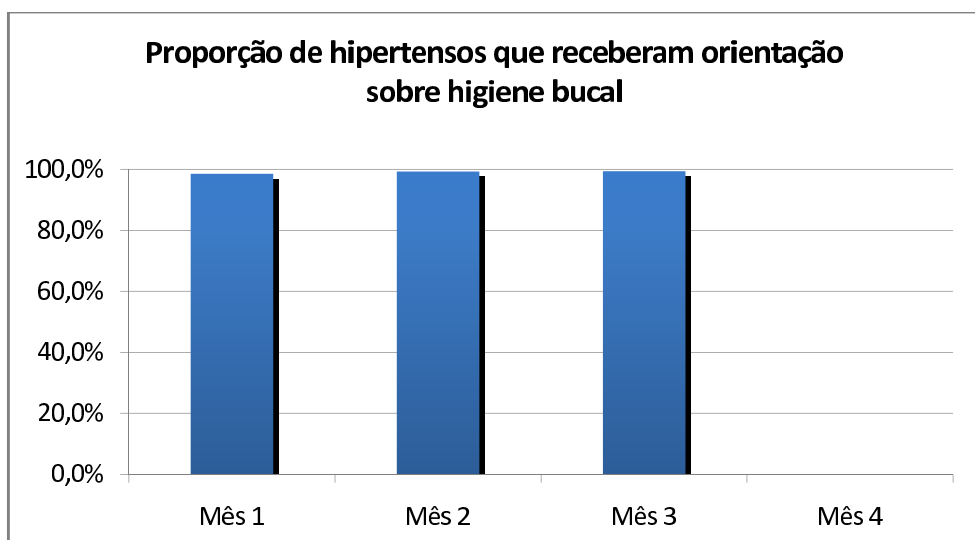


Figura 16 Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal na UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS. 2015

Objetivo6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Nos três meses a proporção de diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal foi de 100%, sendo que no primeiro mês foram 24 diabéticos, no segundo o total de 54 dos cadastrados no programa da UBS e no terceiro concluiu com 120 diabéticos.

4.2 Discussão

Com o projeto da melhoria da Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos da unidade móvel Piratini 1, conseguimos alcançar uma cobertura muito melhor que a tinham antes de começar o projeto, melhorou o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos com cadastramento adequado, mas que pode ser melhor, porque a falta dos agentes comunitários dificultou a realização de algumas ações e assim dificultando o cumprimento das metas propostas. Conseguimos incorporar a nossa rotina de trabalho todo o feito durante a intervenção conseguindo uma melhora nas consultas médicas.

Conseguimos a união da equipe para alcançar um objetivo que foi melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Toda minha equipe participou ativamente

durante toda a intervenção, cada membro da minha equipe teve sua tarefa a realizar, exemplo as enfermeiras e a técnica de enfermagem participou na medição da pressão arterial, realização de hemoglicoteste.

Houve um bom acolhimento para garantir uma boa consulta clínica. Também algo muito importante foi à realização de ações de promoção e prevenção de saúde na unidade móvel com os objetivos de que os usuários e a comunidade tivessem conhecimento destas duas doenças crônicas não transmissíveis que tanto danos e complicações podem causar.

A intervenção foi aderida narotina de trabalho em nossa unidade móvel, a população ficou muito contente e agradecida pela mesma já que nunca antes havia conhecido as características de um trabalho desta qualidade, por todo o realizado, por a consulta integral que se realizava, até com atenção odontológica e os medicamentos.

Com a intervenção houve uma melhoria na qualidade das consultas feitas, em minha unidade só contamos com as fichas de atendimentos ambulatoriais, não contávamos com os registros específicos de hipertensão arterial e diabetes, conseguimos organizar melhor as consultas priorizando os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Foram ofertadas palestras para os usuários, para garantir uma boa união unidade móvel–comunidade.

Eu acho que se a unidade móvel contasse com os agentes comunitários o projeto haveriam ficado melhor, os objetivos foram alcançados completamente e porem ficaria uma melhor atenção do Programa de hipertensos e diabéticos. É preciso conscientizar a população alvo de ter um maior controle odontológico assistindo na consulta.

Temos que trabalhar para melhorar a implementação do projeto. Já a intervenção está incorporada a rotina de trabalho e acredito que em pouco tempo obtermos melhores resultados em atenção de hipertensos e diabéticos. A comunidade ficou muito agradecida. Vamos incorporar outros programas como são Programa pré-natal, Programa de atenção aos idosos entre outros.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores. Eu Jorge Luis Bejerano Jaen, médico da equipe da UBS Móvel Piratini 1, Piratini/RS em nome de toda equipe da UBS, apresentarei a seguir o relatório da intervenção para os gestores municipais.

Os gestores tiveram um papel importante na realização de nossa intervenção que teve como objetivo melhorar o atendimento dos hipertensos e diabéticos da Unidade Móvel Piratini 1, Piratini/RS. A intervenção desde seu início contou com a capacitação de minha equipe de trabalho. A cobertura total na intervenção foi de 41% dos hipertensos estimados, que equivaleram a 377 pessoas e dos diabéticos foi de 49% dos diabéticos cadastrados que equivaleram a 120 pessoas.

Os líderes da comunidade ajudaram muito nas realizações das palestras para a promoção e prevenção de saúde, houve criação dos grupos de hipertensos e diabéticos que tinha reunião todas as semanas.

O projeto melhorou a cobertura para os usuários hipertensos e diabéticos cadastrado na unidade móvel, as consultas médicas foram de muita qualidade tendo em conta os protocolos da atenção deste grupo. Nas consultas foram realizadas avaliação integral dos usuários em todos os aspectos: exames físicos fatores de riscos, promoção e prevenção de saúde, higiene bucal entre outros. É importante ressaltarmos que minha unidade móvel se desloca por todo Piratini para atender a 4 assentamentos rurais, além disso temos dificuldade que é não ter agentes comunitários para o cadastramento completo da população atendida em nossa unidade móvel.

A intervenção foi aderida a rotina de trabalho, conseguimos melhorar a organização do trabalho e as consultas, atualizar todos os registros, começamos a trabalhar com as fichas espelhos além disso não contamos com todas e precisamos utilizar as fichas ambulatoriais para depois continuar obtendo os dados para o projeto, considerando este aspectos conversamos com o gestor municipal da importância da fichas espelho para o trabalho.

Com nosso projeto minha equipe ficou mais unida e motivada para tratar de alcançar as metas proposta no menor tempo possível.

É importante falar que o gestor garantiu esfigmomanômetros, hemoglicoteste, balanças, fez a coordenação com a farmácia popular priorizar os medicamentos para os usuários cadastrados na unidade móvel. Aqui tem que

ressaltarem que não pode contar com todas as fichas espelhos a pesar do esforço realizado para tratar de obter as mesmas

Alguns aspectos dependentes da gestão impediram que a intervenção obtivesse melhores resultados, a falta de agente comunitário foi uma dificuldade para minha equipe de saúde, também o transporte produto que somos uma unidade móvel que se desloca por todo o município e em ocasiões temos dificuldades para passar por encima da ponte do rio Piratini, eu acredito que proximamente vou ter agentes comunitários e vou poder melhorar a proposta da intervenção com resultados mais satisfatórios.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Prezado Usuários.

Apresentaremos a seguir o relatório da intervenção para a comunidade.

Para a comunidade de Piratini: participou ativamente na intervenção no programa Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Móvel Piratini1, Piratini/RS que teve como objetivo melhorar o atendimento destes usuários. Com a intervenção conseguimos ampliar o número de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade, conseguimos também o controle dos usuários hipertensos e diabéticos no programa na unidade. As consultas médicas foram feitas com qualidade, sendo que os usuários foram avaliados de forma integral tendo em conta todos os aspectos da intervenção. Foram realizadas aferição da pressão arterial e hemoglicoteste na unidade e divulgação do programa. Também foram oferecidas orientações em saúde para os hipertensos e diabéticos em todas as consultas e atividades de grupo.

Quanto a realização das visitas domiciliares é importante ressaltarmos que não contamos com agentes comunitários de saúde que podem fazer estas ações de muita relevância, tampouco o gestor municipal pôde fornecer todas as fichas espelhos, além disso, trabalhamos em uma unidade móvel que presta serviços para todo o município, deslocando-se por todos os assentamentos rurais.

Com o projeto tratamos de dar um maior atendimento aos hipertensos e diabéticos, suas consultas foram priorizadas para assim atingir as metas propostas e conseguir uma melhor qualidade de vida neste grupo da população, trabalhamos

com muita dedicação para alcançar e ampliar a cobertura. Também foi alcançada uma melhora na organização dos serviços, incorporou a intervenção à rotina do trabalho da unidade móvel, foram feitas ações de promoção e prevenção de saúde de toda a comunidade das zonas de abrangência. Trabalhamos com os líderes comunitários para que os usuários tivessem responsabilidade quanto as suas doenças. Melhorou o atendimento odontológicos, tendo em conta as necessidades e prioridade dos usuários hipertensos e diabéticos. Temos que agradecer as os meios de difusão massiva pela divulgação da intervenção, que ajudou a alcançar bons resultados e melhor a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da comunidade e trabalhar e inserir o projeto na rotina de trabalho da UBS.

5 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

Eu cheguei ao Brasil com muita preocupação pelas dificuldades no idioma.

O curso de especialização foi uma atividade muito importante para melhorar minhas dificuldades no idioma e meus conhecimentos sobre a computação e assim pude terminar minha intervenção cujo objetivo foi melhorar a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos de Piratini.

Durante a intervenção trabalhei muito unido com minha equipe de trabalho, para resolver todos os problemas de saúde dos hipertensos e diabéticos, também trabalhamos em conjunto com o gestor municipal e líderes da comunidade. Foi importante a formação dos grupos de hipertensos onde fazemos promoção e prevenção de saúde para melhorar a qualidade de vida, entre as atividades realizadas estão as palestras sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, obesidade e sedentarismo para conseguir mudanças de estilos de vida. Diante o curso todas as semanas apresentavam casos clínico e estudos de pratica clínica com os quais tive uma aprendizagem muito boa das doenças no Brasil e melhoraram minhas consultas. Também foi importante a ampliação da cobertura e adesão dos hipertensos e diabéticos ao Programa. Os resultados da intervenção foram bons a pesar de algumas dificuldades como não contar com agentes comunitários e ser uma unidade móvel que se desloca por todo o município para atender todos os assentamentos rurais. A equipe, depois das capacitações recebidas e os resultados obtidos, ficou mais unida e mais confiados que podemos fazer um melhor trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos e a população em geral. Já incorporamos a intervenção a nossa rotina de trabalho, melhoramos nossos serviços, contamos com os registros dos hipertensos e diabéticos.

Eu acho que estas coisas foram o mais importante durante o curso de especialização.

Acredito que minha expectativa melhorou durante o curso de especialização, sobretudo pelas melhorias de meu português e de computação para assim poder conseguir um melhor atendimento em minha unidade móvel e alcançar a especialização em saúde familiar.

Referências

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

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

Anexos

Anexo C - Folha de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL