

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA Nº9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM HAS E/OU DM NA
UBS PEJUÇARA, PEJUÇARA/RS**

ARIANNA LOVIT PUEBLA

Pelotas, 2016

ARIANNA LOVIT PUEBLA

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM HAS E/OU
DM NA UBS PEJUÇARA, PEJUÇARA/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família EAD – UNASUS, da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Pelotas, 2016

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

P977m Puebla, Arianna Louit

Melhora da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na UBS Pejuçara, Pejuçara/RS / Arianna Louit Puebla; Guilherme Barbosa Shimocomaqui, orientador(a); Cristina Dutra Ribeiro, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 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. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, orient. II. Ribeiro, Cristina Dutra, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Aos meus pais, pelo apoio incondicional à mim, apesar de estarem longe,
estão guiando sempre meus passos constantemente para o triunfo.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar o meu orientador da UFPel Guilherme Barbosa Shimocomaqui pelo apoio incondicional, por sua paciência e compreensão com minha língua, sem ele o caminho seria mais difícil de transitar.

Também a toda minha equipe de saúde da UBS de Pejuçara enfermeiras, técnicas em enfermagem, agentes comunitários, recepcionistas, motoristas, odontólogos,

Ao grupo de administração, e a minha gestora Eramos Vincensi Daronco.

Resumo

PUEBLA, Arianna Lovit **Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Pejuçara, Pejuçara/RS**. 2016. 79f. (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2016.

O Ministério da Saúde apresenta os eixos de atenção à saúde para orientar os profissionais da Estratégia Saúde da Família e para que desta forma estabeleçam o cuidado a grupos prioritários. Dentre estes, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) que além de ser um grave problema de saúde pública, são fatores de risco para diversas outras patologias. Este trabalho apresenta os resultados de uma intervenção realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) Pejuçara. O objetivo foi ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS Pejuçara, Pejuçara/RS. Foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público; qualificação da prática clínica. Os dados foram coletados a partir de uma ficha-espelho produzida para a intervenção e os indicadores digitados em uma planilha de coleta de dados. Participaram da intervenção 301 pessoas com HAS e 100 com DM e as ações foram desenvolvidas em três meses. Quanto à estruturação do serviço para o atendimento desses usuários, existe um protocolo para a atenção à pessoa com HAS e/ou DM e registro específico para este atendimento. A intervenção atingiu uma cobertura de 86,2% e 100%, respectivamente, para a atenção às pessoas com HAS e/ou DM. Em relação aos exames clínicos, 86,2% das pessoas com HAS e 100% das com DM tiveram seus exames em dia de acordo com o protocolo. Todos os usuários faltantes nas consultas receberam busca ativa, bem como orientações referentes à promoção da saúde. Além disso, a intervenção possibilitou a (re)organização do processo de trabalho da equipe, o fortalecimento do controle social, a qualificação da prática clínica dos profissionais bem como uma maior aproximação entre todos os atores envolvidos: gestores, profissionais e usuários. Os resultados refletem a significativa melhoria da qualidade do atendimento às pessoas com HAS e/ou DM na unidade de saúde em questão.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	57
Figura 2	Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	58
Figura 3	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	59
Figura 4	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	60
Figura 5	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	61
Figura 6	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	62
Figura 7	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	63
Figura 8	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	64
Figura 9	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	66
Figura 10	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	67
Figura 11	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	68
Figura 12	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	69
Figura 13	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com o registro adequado na ficha de acompanhamento	70
Figura 14	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com o registro adequado na ficha de acompanhamento	71
Figura 15	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia	72

Figura 16	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia	73
Figura 17	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	74
Figura 18	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	75
Figura 19	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	76
Figura 20	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular	77
Figura 21	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	78
Figura 22	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	79
Figura 23	Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	80
Figura 24	Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	81

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

APS- Atenção Primária em Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

DM - Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

RS - Rio Grande do Sul

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações.....	26
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	48
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão	61
5 Relatório da intervenção para gestores	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências	71
Anexos	72

Apresentação

O trabalho foi realizado no município de Pejuçara/RS, na Unidade Básica de Saúde Pejuçara.

O presente volume do trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância Universidade Aberta do SUS - UNASUS/Universidade Federal de Pelotas–UFPel, está organizado em cinco partes.

Na primeira parte inclui a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso na qual se inseriu um texto inicial sobre a situação da ESF\APS. Depois descrevemos a análise situacional da UBS, apresentando a estrutura da mesma, a composição das equipes, e o desenvolvimento dos diferentes programas de atenção à saúde. Também foi elaborado um comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

A segunda parte contempla a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2, começando pela justificativa, seguido dos objetivos geral e específicos, as metas, a metodologia, o detalhamento das ações, segundo os quatro eixos programáticos do curso, os Indicadores, a logística e o cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da Intervenção realizada ao longo de 12 semanas na unidade 3 do curso. Nesse relatório descrevemos no primeiro texto as ações que foram previstas e não desenvolvidas, no outro os aspectos relativos à coleta de dados e finalmente a viabilidade da incorporação das ações à rotina dos serviços.

Na quarta parte encontra-se a avaliação da intervenção na qual relatamos quais foram os resultados obtidos para a comunidade, para os serviços e para o profissional da saúde. Terminando essa etapa com um relatório para a comunidade e outro para os gestores.

Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da Intervenção.

Finalizando o volume encontram-se os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma unidade de saúde “mista”, com reformas, chamada Unidade de Saúde de Pejuçara, localizada em área urbana da cidade, possui atendimento médico em dois turnos, manhã e tarde até as 17hs (dezessete horas) conta também com atendimento odontológico, psicológico e fisioterapêutico, conta com uma ampla zona rural onde não existem outras UBS.

A UBS é uma unidade antiga e tem um espaço de recepção, o mesmo consta com duas recepcionistas encarregadas do primeiro acolhimento do usuário, além disso, dão informações, atendem ao telefone, são encarregadas de passar os usuários para consulta ou algum outro procedimento, também possuímos sala de vacina onde a responsável é uma técnica de enfermagem ela está capacitada para vacinar toda a população, sala de curativos junto com a sala de nebulização, 2 consultórios médicos, onde são feitas as consultas médicas, desde consulta de pediatria até consulta de cardiologia e medicina interna, além de pré-natal. Também temos uma sala de farmácia, responsável pela mesma um farmacêutico e junto com ele 2 assistentes de farmácia encarregados de despachar os medicamentos aos usuários, um local onde se guarda os medicamentos, tem expurgos e banheiros a mesma se encontra em processo de remodelação para novos departamentos.

Todos os atendimentos nesta unidade são realizados através de fichas espelhos. Consta com 2 equipes ESF, as duas equipes com atendimento para a cidade e com atendimentos nos interiores.

Quanto a equipe de saúde a unidade possui quatro médicos brasileiros e eu médica cubana. Dos brasileiros temos uma médica pediatra, um cardiologista que só trabalha as quartas-feiras e um clínico geral. Também contamos com três

enfermeiras umas delas encarregada de fazer os preventivos e quatro técnicas de enfermagem, quatro motoristas, 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois odontólogos e dois auxiliares de saúde bucal.

A população é satisfeita com o atendimento que é prestado em nossa unidade de saúde e compreende as dificuldades que passamos. Atualmente estamos à espera de uma nova sede que está em construção, sendo que esperamos que a mesma esteja equipada e que possa garantir maior comodidade para nossos usuários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Pejuçara, situa-se na região Central do Rio Grande do Sul. Há uma população de 3.600 habitantes e estão divididas em duas áreas ESF 1 e ESF 2. A principal atividade econômica é a agricultura.

Contamos com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional. Temos apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Contamos com disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em nosso município.

O município também possui um pronto atendimento de pequeno porte, onde presta atendimento clínico e um especialista em pediatria todos os dias exceto as quartas-feiras. Os usuários que precisam de outro atendimento e nas emergências são encaminhados para o município de Ijuí.

A UBS onde atuo funciona de segunda à sexta das 08h00min às 17h00min horas. Também são realizados atendimentos e visitas domiciliares. Temos disponibilidade de exames complementares.

Nossa UBS é urbana e está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a prefeitura do município. A equipe está composta por quatro médicos, uma nutricionista, um especialista em ginecologia, uma psicóloga, quatro motoristas, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, não temos auxiliares de enfermagem, dois odontólogos, uma farmacêutica, duas auxiliares em farmácia, uma funcionária de limpeza, uma assistente social e duas recepcionistas e 10 ACS.

Quanto a estrutura física ela encontra-se em processo de ampliação, está bem estruturada, mas não contamos com sala de reunião. Em sua estrutura possui sala de recepção, dois consultórios médicos, um com equipamentos necessários para fazer a consulta de ginecologia, um consultório de psicologia, sala de vacina,

farmácia, salão para guardar os medicamentos, sala de triagem, sala para procedimentos de enfermagem e sala de nebulização ficam juntos, sala de odontologia, uma sala de observação, estacionamento das ambulâncias, três banheiros e cozinha, e os escritórios da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que estão anexos na UBS.

Todos os locais da UBS são claros e com bastante luminosidade natural, dispõem de janelas possibilitando a circulação de ar e a ventilação adequada. A parede é lavável e o piso é liso, firme, estável e antiderrapante para que não provoque trepidação em dispositivos com rodas. Tem as rampas que permitem o acesso de pessoas portadoras de necessidades especiais e com limitações. Temos cadeiras de rodas à disposição dos usuários. Precisamos também de banheiro especial para os deficientes. Podemos avaliar que nossa UBS reúne quase todas as condições para atendimento de saúde à população segundo consta no “Manual de Estrutura Física das UBS” e sobre barreiras arquitetônicas, para superar estas deficiências já foi tratado este tema para a construção de banheiro para deficientes.

A área de atuação de nossa equipe tem uma população de 1561 habitantes. Em minha UBS contamos com ACS, os quais são profissionais muito importantes e necessários para nosso trabalho, pois eles têm contato direto com a comunidade, fazem mapeamento da área de atuação, identificam os principais problemas de saúde e identificam grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, assim como sinalização dos equipamentos sociais. Também são de grande apoio para médicos e enfermeiras nas diferentes atividades de promoção. Por tudo isso é importante contar com os mesmos na UBS.

Os profissionais da nossa UBS realizam cuidados à saúde da população da área de abrangência nos domicílios e nas escolas. Realizamos atendimentos de urgência e emergência. Os usuários são encaminhados pelos profissionais a outros níveis do sistema, respeitando fluxos de referência e contra referência e são utilizados os protocolos para realizar os encaminhamentos nas especialidades, internação hospitalar e atendimento em serviços de pronto atendimento. Fazemos acompanhamento do plano terapêutico proposto para os usuários. Acompanha-se também o usuário em situação de internação domiciliar. As notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis também são feitas pelo médico e enfermeiro, mas todos os profissionais são envolvidos na busca ativa de doenças e agravos. Realizamos atividades de grupo aonde se vêm envolvidos quase todos

profissionais. As estratégias coletivas usadas são palestras, promoção de atividades física e esportivas.

As atividades são dirigidas a diferentes grupos específicos: adolescentes, hipertensos, diabéticos, idosos, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, e saúde da mulher. São desenvolvidas no âmbito domiciliar e na comunidade. Outros temas que são desenvolvidos são: alimentação saudável, cuidados com os filhos, desenvolvimento infantil, estilo de vida saudável, DST/AIDS. Nem todos os profissionais participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. Todos podem ajudar nesta tarefa desde nosso posto de trabalho, fazendo com que os materiais e insumos sejam mais duradouros e com isso obter um melhor trabalho de equipe e fornecer bom atendimento dos usuários.

Nossa equipe se reúne todos os meses, onde são analisadas todas as questões que ajudam no melhor desenvolvimento do nosso atendimento e de trabalho. Analisam-se também as dificuldades e discutimos propostas para superá-las, pois a atenção primária à saúde tem sempre um impacto positivo nas comunidades.

Quanto ao tamanho da equipe considero adequado ao tamanho da população, o número de profissionais na equipe também é adequado ao tamanho da população, já que temos dois médicos clínicos geral e o protocolo ministerial preconiza um médico, um enfermeiro e ACS. Não temos informações sobre o perfil demográfico por sexo e faixa etária, pois os dados ainda não estão digitados todos no sistema. No próximo ano já teremos tais dados.

Na minha UBS o processo de atendimento se faz em uma sala de acolhimento. Os usuários são recebidos na UBS por uma recepcionista que preenche a ficha de agendamento com os dados gerais do usuário. Após isso, é realizado a escuta inicial por um técnico de enfermagem ou enfermeira, que verifica os sinais vitais e encaminha para o médico. Tem sempre dois médicos atendendo em cada turno e o acolhimento do usuário sempre se faz nos dois turnos.

Muitas vezes os usuários não procuram consultas médicas, buscam tomar vacinas, pegar remédios ou marcar a realização de exames e eles são atendidos por qualquer outro profissional da unidade.

Não temos quantidade específica de atendimento por médico porque geralmente não temos excesso de demanda. Os usuários são atendidos nas

consultas tanto por problemas de saúde agudos quanto por seguimento de doenças crônicas. Quando os usuários solicitam consultas e estão com problemas de saúde agudo seu atendimento é de imediato, fornecendo assim uma boa e rápida atenção para evitar complicações nos usuários.

É atendida a população na área de cobertura e fora da área de cobertura. Todos os usuários que chegam são escutados, atendendo à avaliação de risco biológico e vulnerabilidades para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Logo são procuradas as fichas e realizada a triagem por outro profissional para encaminhar o atendimento solicitado pelo usuário.

Minha área de abrangência tem 15 crianças menores de um ano (79%) o que não corresponde com a estimativa do caderno, pois devemos ter 19. (Temos 15 gestantes que são 96% e devemos ter 16 gestantes). Essa diferença deve-se ao fato de que a população total de nossa comunidade ainda não está cadastrada, porém já estamos trabalhando para pesquisar todas as grávidas e criança das comunidades.

Em relação ao atendimento das crianças, em nossa UBS realiza-se atendimento pelo médico, enfermeiro, e pela médica pediatra que temos contratada pela prefeitura. Há também atendimento para crianças de até 14 anos de idade essas e limite de idade que atendida pela médica pediatra para consulta de puericultura e pediátrica, e a partir de 15 anos até 72 meses são atendidos pelo médico clínico geral.

O enfermeiro, o médico clínico geral, o médico pediatra e a família são os responsáveis por sua avaliação através da puericultura. As crianças são avaliadas pelo pediatra, o mesmo fornece consulta duas vezes ao mês. Porém acredito que precisa de melhor planejamento e organização do cadastramento de todas as crianças menores de 1 ano e incluindo a dede 12 meses a 72meses, e melhor programação e organização das consultas agendadas, pois de acordo com o total da nossa população deveríamos ter 19 crianças menores de 1 ano e temos apenas 15 cadastradas. Após as pesquisas e regulamentação dos cadastros poderemos proporcionar uma melhor atenção às crianças e elevar a qualidade de vida.

As ações desenvolvidas no cuidado da criança na puericultura são: imunização, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, teste do pezinho, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral.

Utilizam-se classificações para identificar crianças de alto risco mediante protocolos para regular o acesso da criança a outros níveis do sistema de saúde, como os de encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro.

Os atendimentos das crianças na puericultura são registrados em prontuários clínicos, formulários especiais da puericultura, ficha de atendimento odontológico e nutricional e ficha espelho das vacinas. O registro do atendimento da puericultura costuma ser revisado mensalmente com a finalidade de verificar crianças faltosas, se os registros estão completos, identificar procedimento em atraso (peso ou vacinas), identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa. Esta revisão é realizada por enfermeiro e médico de família.

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

Em minha unidade básica de saúde está presente o programa de atenção ao pré-natal e puerpério. As grávidas são avaliadas por um médico clínico geral ou da família, médico ginecologista e obstetra que fornece consulta uma vez na semana, as gestantes são encaminhadas pelo médico ou pela enfermeira para ele avaliar, também ao odontólogo, psicóloga, enfermeiro e técnico de enfermagem de acordo ao protocolo estabelecido, supervisionado por uma enfermeira. Porém, acredito que precisa-se de uma melhor reestruturação, planejamento e programação para elevar a qualidade de atenção às mesmas. Não temos registro de 100% das grávidas, que de acordo com nosso total de população deve ser de 16 grávidas, mas só temos registradas 15 (96%). E isso deve-se ao fato de não termos registrado a população total de nossa comunidade, mas já se está trabalhando para pesquisar todas as grávidas da comunidade.

Quando apresentam um problema de saúde agudo são atendidas logo, e não existe excesso de demanda das gestantes para atendimentos de problemas agudos de saúde. As ações desenvolvidas para o cuidado às gestantes são encaminhadas à

promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas, saúde bucal, saúde mental, planejamento familiar, imunizações, controles dos cânceres do colo do útero e mama, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Saúde bucal e saúde mental utilizam avaliação e classificação do risco gestacional mediante protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde como os de encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro.

Os atendimentos das gestantes são registrados em prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e nutricional e ficha espelho das vacinas. O registro dos atendimentos às gestantes costuma ser revisado mensalmente com a finalidade de verificar gestantes faltosas, se os registros estão completos, identificar gestantes em data provável de parto e com pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa. Esta revisão é realizada por enfermeiro e pelo médico clínico geral ou de família.

Quando se realiza o atendimento pré-natal, os profissionais solicitam a carteirinha pré-natal e preenchem as informações atuais, conversam com a gestante sobre alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, chamam atenção para data da próxima vacina, recomendam que a gestante realize avaliação de saúde bucal na gravidez, conversam com a gestante sobre as práticas de promoção de aleitamento materno, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre a promoção da atividade física, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós-parto, além de falar sobre a importância da revisão puerperal até os sete dias de pós-parto a mesma e feita pelo médico da família após de dar alta hospitalar a onde se faz o exame físico geral da puérpera e acompanhamento puerperal entre 30-42 dias pós-parto, além de dar orientações sobre os cuidados do recém-nascido e cuidados puerperal.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama em nossa UBS são realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura e de prática regular da atividade física, se fazem ações que orientem sobre os maléficos do consumo excessivo de álcool, também são realizadas ações de educação da mulher para reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e de rastreamento do câncer de mama (exame clínico

de mamas e/ ou solicitação de mamografia, se realiza todos os dias da semana e em todos os turnos. E o CP e feito duas vezes na semana pela enfermeira.

O tipo de rastreamento do câncer de mama utilizado é oportuníssimo já que se realiza em todas as mulheres a partir dos 40 anos e se tem histórico familiares a partir dos 35 anos que chegam à Unidade Básica de Saúde. Em todas as mulheres, os profissionais investigam os fatores de risco de câncer e nos últimos três anos foram identificados com mamografia alterados só 10 mulheres e destas nenhuma teve perda de seguimento. Isso revela uma boa prevenção, educação e promoção por parte de nossos profissionais. Todas as mulheres recebem orientação em nossas consultas sobre o uso de preservativo em todas as relações sexuais e tem disponibilizado na área da recepção e na farmácia preservativos para o usuário e materiais em murais para facilitar a leitura dos mesmos, promovendo o uso da camisinha e sua importância. Informações também sobre alimentação saudável, tabagismo, uso de drogas e álcool.

Em nossa UBS os resultados das mamografias são registrados em prontuário clínico, livro de registro geral e formulário especial. Também é realizado planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa pelo médico e enfermeiro, e são utilizados os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Em nosso processo de trabalho poderiam ser melhorados os aspectos de divulgação da importância da detecção precoce de qualquer sintoma do câncer. Além disto, é muito importante continuar em nosso trabalho no dia a dia, aumentando as ações para prevenir tão grave doença, fazendo uma busca ativa de todas as mulheres entre 50 e 69 anos, mediante as visitas domiciliares consultas apoiadas por médicos e enfermeiros, fazendo conversas sobre a importância de fazer o autoexame da mama. Todos os integrantes da equipe ajudam neste programa aproveitando seu contato com as mulheres e fazem ações de promoção, prevenção e rastreamento do câncer de mama.

Em minha UBS são atendidos os usuários com hipertensão arterial todos os dias da semana nos dois turnos. Eles são avaliados pelo enfermeiro, médico clínico geral ou da família, nutricionista, odontólogo, e técnico /auxiliar de enfermagem. Temos um total de 254 hipertensos para 73% em relação ao indicador de cobertura que é de 349. Os usuários hipertensos têm os exames periódicos em dia e a todos se fornece orientação sobre a importância de manter sua doença compensada, com a prática de atividades físicas regulares e uma alimentação saudável.

Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional em ficha espelho de vacina. Precisa-se de melhor organização e planejamento nas programações das consultas, para assim, poder avaliar periodicamente os usuários porque eles são atendidos quando pressentem algum sintoma, mas isso só pode ser possível fazendo um completo cadastramento de toda a população com essas doenças, mas já estamos trabalhando na organização, programação das consultas e cadastramento de todas pessoas hipertensas de nossa comunidade.

Também se realizam atendimentos de adultos portadores da Diabetes Mellitus todos os dias, nos dois turnos, sendo executados pelo enfermeiro, médicos, nutricionista, odontólogo e técnico /auxiliar de enfermagem. Temos um total de 100 para 100% em relação ao índice de cobertura. Temos um máximo índice de cadastramento das pessoas diabéticas de nossa comunidade, mas estes usuários são apenas cadastrados e frequentam as consultas esporadicamente, temos problemas com os registros que estão desatualizados e não é seguido nenhum tipo de protocolo para o atendimento destes usuários.

Em minha UBS realizam-se atendimento de pessoas idosas todos os dias da semana. O total de pessoas idosas está adequado a nossa realidade de acordo ao indicador de cobertura e total de população de nossa comunidade, isso porque as pessoas idosas são maioria em nossa comunidade. Os usuários idosos são avaliados por um médico clínico ou geral, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogo, psicólogo e nutricionista majoritariamente. São atendidos nas consultas todos os dias, nos dois turnos, e também em suas residências mediante visitas domiciliares quando não podem se locomover até à unidade por conta de alguma doença.

Quando precisam de atendimento do enfermeiro ou médico por estarem com problemas de saúde agudo o atendimento é de imediato, fornecendo assim uma boa e rápida atenção. Não temos excesso de demanda dos atendimentos de problemas agudos de saúde das pessoas idosas. Avaliando os indicadores de qualidade percebemos que: temos uma baixa porcentagem de pessoas idosas que tem a caderneta de idosos, ferramenta muito importante que nos permitem preencher dados que servem de ajuda para seu seguimento e controle.

São desenvolvidas diferentes atividades no cuidado aos idosos, já que nos indicadores de cobertura do total de idosos com 60 anos o mais residente na área

temos 213 para 100% cadastrada os quais participam das atividades como : imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo.

Na minha UBS os profissionais utilizam protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, como: encaminhamento para atendimentos nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto socorro e para atendimento em pronto socorro.

Não temos arquivo independente para os registros dos atendimentos dos idosos, o que torna difícil procurar dados e ter controle de todos os idosos e suas características particulares. Os profissionais de saúde avaliam a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico, assim como explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionado aos problemas de saúde de maior prevalência como HAS, DM e depressão.

Esta é a situação geral da minha UBS em relação às pessoas idosas: para garantir melhor qualidade de saúde destas pessoas e melhor qualidade dos atendimentos, temos que continuar trabalhando nos atendimentos agendados dos usuários para ter melhor controle nos indicadores de fragilização, bem como fazer um arquivo específico dos atendimentos nas consultas, para ter um bom sistema de dados destes usuários e avaliar usuários faltosos, completude do registro, idosos de risco, qualidade do atendimento e procedimentos em atrasos.

Em minha UBS o melhor recurso é a boa vontade de toda equipe para trabalhar. Estão sempre dispostos ao trabalho e abertos às mudanças, buscando a melhoria das condições de saúde da população de nossa comunidade, para fornecer assim, uma ótima atenção de saúde e proporcionar uma alta qualidade de vida para nossa população.

Temos que continuar trabalhando nas atividades com todos os profissionais da unidade para reforçar o preenchimento das cadernetas assim como a avaliação geral desta faixa etária. Trabalhando juntos podemos fazer muitas ações para melhorar o atendimento à saúde deste grupo de pessoas que precisam de um

atendimento diferenciado e fornecer assim uma ótima qualidade de atenção de saúde.

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

Fazendo uma comparação do primeiro texto da situação da minha UBS e o relatório, ficam claros exemplos das mudanças que minha unidade apresentou. Agora temos um texto mais completo, minucioso, que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela equipe no trabalho diário à medida que foram preenchidos os questionários. De forma geral durante este período, os aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, abordados e levados à comparação com os Cadernos de Ações Programáticas. Ainda temos muitos desafios a enfrentar para firmar mudanças em função da saúde da população, e para isso acontecer, todos irão trabalhar com muita dedicação.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O foco selecionado para minha intervenção foi a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM, ambas doenças com grande repercussão na saúde do brasileiro e do mundo. Doenças que se podem modificar os fatores de risco para isto nós podemos apoiar em nossas atividades de promoção e prevenção o que reforça a importância do diagnóstico precoce e uma vez diagnosticado, com um bom seguimento, se pode conseguir diminuir consideravelmente o índice de complicações e de mortalidade. Devemos também ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão e diabetes (DUNCAN et. al., 2006).

Contamos com uma UBS localizada em área urbana, com uma população de 3.600 habitantes coberta por 2 ESF, o modelo de atenção é misto e do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF) vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a prefeitura do município. Para as duas equipes temos 3 médicos, 1 nutricionista, 5 motoristas, 3 enfermeiras, 4 técnicas de enfermagem, 10 Agentes Comunitários de Saúde, 2 odontólogos, 2 auxiliares de odontologia, 2 psicólogas, 2 funcionários de limpeza, 1 fisioterapeuta.

Quanto a estrutura física, atualmente já estamos instalados na nova UBS (como foi mencionado no RAS), esta nova unidade está bem estruturada inclusive

com sala destinada a palestras/reuniões, também possui em sua estrutura, uma recepção bem mais ampla que a anterior, 3 consultórios médicos amplos e equipados, consultório de psicologia, sala pra fazer exames preventivos, consultório de nutrição, sala de vacina, farmácia, sala para procedimentos de enfermagem junto a sala de nebulização e a sala de esterilização, uma unidade de odontologia, uma sala de observação que fica junto a sala de procedimentos e nebulização, sala dos ACS, almoxarifado, 2 copas, estacionamento das ambulâncias, 5 banheiros e cozinha.

Estima-se, segundo o Caderno de Ações Programáticas, que na nossa área de abrangência possuímos 349 pessoas com hipertensão e 100 pessoas com diabetes sendo que temos cadastrados 254 (73%) dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Apesar de termos bons percentuais de cadastrados, estes não recebem a atenção conforme o protocolo do Ministério da Saúde, sendo que não possuímos registros específicos para eles, não recebem atenção odontológica e nem ações de promoção da saúde.

Também não possuímos uma atenção multidisciplinar para estes usuários, sendo que frequentam a unidade de saúde apenas para realização de consulta e troca de receitas.

Queremos com esta intervenção que os hipertensos e diabéticos conheçam sua doença, complicações das mesmas, quais são os principais fatores de riscos que podem descompensá-las, a importância que tem as consultas preventivas que programamos para eles e desta forma mudar formas e estilos de vida para poder melhorar sua qualidade de vida. Com isso podemos alcançar então o índice de cobertura preconizado pelo Ministério da Saúde, e assim melhorar os indicadores que medem o seguimento dos hipertensos e diabéticos.

Para isso contaremos com ajuda dos ACS, enfermeira e técnico em enfermagem para facilitar o cadastramento dos mesmos vamos fazer uma busca da ativa e trabalhar também com os que se encontram faltosos as consultas, para isto precisamos ter atualizado os registros dos hipertensos e diabéticos com a periodicidade que se mostra em nossos protocolos. Para facilitar nosso trabalho agendaremos estas consultas apoiados em enfermeiras, técnicas em enfermagem e todo o pessoal de nossa equipe, vamos fazer um encontro com eles para que conheçam quais são os objetivos e metas de nosso foco de intervenção. Será uma

grande meta, mas com o apoio de nossos colegas de trabalho poderemos conseguir.

2.2.Objetivos e Metas

2.2.1Objetivo geral.

Melhorar a atenção à saúde dos usuários que possuem HAS e/ou DM na UBS Pejuçara, Pejuçara/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura dos usuários com HAS e/ou DM na UBS.
2. Melhorar a qualidade da atenção de saúde aos usuários com HAS e/ou DM.
3. Melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM no programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear os usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

Metas:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura dos usuários com HAS e/ou DM.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.

Meta 2.8: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM. no programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Objetivo 5. Mapear os usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM.

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

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

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

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

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS de Pejuçara. Participarão da intervenção todas as pessoas que possuem hipertensão e diabetes da área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das Ações

Ações relacionadas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta: 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% de hipertensos.

Meta: 1.2 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% dos diabéticos.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no programa de hipertensão sistêmica e a diabetes mellitus da UBS.

Detalhamento: Semanalmente os ACS irão digitar na planilha os cadastros e assim irão monitorar quantos casos novos tivemos, por meio da atualização da planilha eletrônica, também utilizaremos a ficha espelho do programa.

Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no programa.

Ação: Melhorar o acolhimento para usuários portadores de HAS e diabetes.

Ação: Garantir material adequado para a tomada de medida de pressão arterial (Esfigmomanômetro, manguitos, fitas métricas) na UBS.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: A médica e enfermeira farão a solicitação dos materiais necessários aos gestores por meio de um ofício. Para o registro será utilizada a ficha espelho e a enfermeira fará uma capacitação sobre acolhimento e registros a serem utilizados.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do programa de Hipertensão na UBS.

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

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de rastreamento para DM em adultos com pressão arterial maior que 135/80mmHg

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores risco para desenvolver HAS e DM.

Detalhamento: Serão feitas palestras na sala de espera semanalmente pelos ACS orientando quanto às informações acima e também durante as visitas.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar ao ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial da forma criteriosa, incluído do manqueto.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: A enfermeira dará capacitação a equipe, para o cadastramento e atualização da população, verificação da pressão arterial da forma criteriosa, incluído do manqueto e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80mmHg.

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

Metas.

Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

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

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS.

Monitoramento e Avaliação.

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

Ação: Monitorar a realização do exame dos pés das pessoas com diabetes.

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

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Ação: Monitorar as pessoas hipertensão e/ou diabetes que necessitam atendimento odontológico.

Detalhamento: A médica e enfermeira vão monitorar semanalmente por meio da revisão das fichas espelho a realização das ações acima. O acesso aos

medicamentos de hipertensos e diabéticos vai ser monitorado, pela técnica de enfermagem, por meio das listagens das medicações disponíveis na farmácia.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Ação: Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Ação: Providenciar junto à gestão o Monofilamento 10g para exame dos pés.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Ação: Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com hipertensão e/ou diabetes que necessitem consultas especializadas.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes cadastrado na UBS.

Ação: Organizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes cadastrado na UBS.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal, para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes, provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A médica vai fazer no exame clínico de pessoas com diabetes e hipertensão e solicitará à gestão a versão atualizada do protocolo impressa na UBS, também que providencie o Monofilamento 10g para exame dos pés e a agilidade para os exames complementares. Os ACS irão organizar a agenda para

acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares conforme a disponibilidade de cada um. A enfermeira e a médica vão solicitar a referência e contra-referência para pessoas com hipertensão e/ou diabetes que necessitem consultas especializadas.

A técnica de enfermagem realizará controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manterá um registro das necessidades de medicamento. A auxiliar de saúde bucal vai organizar a agenda para realização do atendimento odontológico, sendo reservadas uma média de 8 vagas semanais, para pessoas com hipertensão ou diabetes mellitus.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e ou/diabetes.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização e quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Ação: Orientar as pessoas e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação bucal especialmente das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes.

Detalhamento: Durante as consultas individuais e palestras coletivas a médica e enfermeira farão as orientações. Em sala de espera e consultas na UBS, serão utilizados vídeos e folhetos educativos. Os ACS farão orientações na comunidade durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

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

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento de hipertensão e diabetes.

Ação: Capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso os medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

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

Detalhamento: o médico e enfermeira farão as capacitações na UBS, sobre os temas acima.

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

Metas.

Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consulta em dia) de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A médica e enfermeira irão revisar as fichas espelho semanalmente identificando os faltosos e a técnica enfermagem irá monitorar os usuários faltosos de acordo com a agenda.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Ação: Organizar a agenda para escolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes da busca domiciliar.

Detalhamento: Os ACS serão comunicados sobre os usuários faltosos para que possam organizar as visitas domiciliares para a busca, marcando um dia conforme a disponibilidade de cada um, já que não há excesso de demanda.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltoso).

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A equipe realizará palestras na comunidade e UBS para explicar a importância de realização das consultas além de esclarecer sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, o que também será feito nas consultas individuais.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar aos ASC para orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A médica e enfermeira farão esta capacitação na UBS.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

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

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

Detalhamento: A médica e enfermeira capacitarão todos os membros da equipe para verificar se a ficha espelho está adequadamente preenchida.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: A médica e enfermeira são responsáveis por manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, será implantada a ficha espelho para acompanhamento, e durante a capacitação vamos pactuar com a equipe o registro

das informações. A enfermeira será responsável pelo monitoramento dos registros semanalmente, e assim identificando casos de alerta.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Durante as consultas, visitas e atividades coletivas serão feitas orientações quanto aos registros.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

Detalhamento: A médica fará a apresentação da ficha espelho e capacitação dos registros.

Objetivo 5. Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas.

Realizar a estratificação de risco cardiovascular a 100% de pessoas com hipertensão.

Realizar a estratificação de risco cardiovascular a 100% de pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A médica e enfermeira são responsáveis de monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano por meio dos registros.

Engajamento Público

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

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

Detalhamento: Durante as consultas vamos orientar individualmente quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Também vamos esclarecer as pessoas com hipertensão e ou diabetes a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) nas consultas, atividades educativas e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em pacientes hipertensos e/ou diabetes, em especial a avaliação dos pés.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis em os pacientes com hipertensão e diabetes.

Detalhamento. A médica irá capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em pessoas hipertensas e/ou diabetes, em especial a avaliação do pé, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis em os pacientes com hipertensão e diabetes.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas.

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

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

Detalhamento: Serão realizadas atividades educativas e de lazer para toda a população e pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Os ACS serão responsáveis por anotar os participantes das atividades e médica e enfermeira irão monitorar as anotações na ficha espelho.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável em pacientes hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Detalhamento: Nos encontros do grupo organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável, além disso, a médica irá realizar orientações nas consultas individuais a hipertensos e /ou diabéticos, organizando um tempo mínimo de 30 minutos para garantir as orientações. Vamos solicitar à gestão a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde, e realizar palestra educativas em todos os âmbitos UBS.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e /ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

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

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e /ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e /ou diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Mediante atividades educativas que serão realizadas na UBS uma vez por mês, além disso, os usuários serão orientados durante as consultas e nas visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O nutricionista da unidade fará a capacitação com toda a equipe para que estejam aptos a fazer as orientações sobre alimentação saudável, o psicólogo fará uma exposição de como fazer as orientações de promoção da saúde e a médica e enfermeira falarão a respeito da prática de atividade física, tabagismo. Já o odontólogo explicará como realizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico e orientação de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Meta: Cadastrar 60% das pessoas hipertensas 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.

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

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

Meta: Cadastrar 80% das pessoas diabéticas 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 a pessoas diabética na unidade de saúde.

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

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas hipertensas.

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas diabéticas.

Indicador: Proporção de pessoas diabéticas com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas diabéticas com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas diabéticas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: Proporção de pessoas diabéticas com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas diabéticas com exame dos pés realizado.

Denominador: Número total de pessoas diabéticas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas hipertensas a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas hipertensas com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas diabéticas a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de pessoas diabéticas com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas diabéticas com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas diabéticas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas hipertensas cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de pessoas hipertensas com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas diabéticas cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de pessoas diabéticas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de pessoas diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número total de pessoas hipertensas inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Denominador: Número de pessoas diabéticas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Indicador: Proporção de pessoas diabéticas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas diabéticas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas hipertensas faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas hipertensas faltosos às consultas médicas com busca ativa

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

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas diabéticas faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de pessoas diabéticas faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador: Proporção de pessoas diabéticas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de pessoas diabéticas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas hipertensas cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de pessoas diabéticas com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas hipertensas.

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas hipertensas que receberam orientação sobre alimentação saudável.

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

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas diabéticas.

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

Numerador: Número de pessoas diabéticas que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas diabéticas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas hipertensas.

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas hipertensas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas hipertensas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas diabéticas.

Indicador: Proporção de pessoas diabéticas com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador :Número de pessoas diabéticas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas diabéticas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas hipertensos.

Indicador: Proporção de pessoas hipertensas com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas hipertensas que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas hipertensas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas diabéticos.

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

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

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

Meta 6.7:Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas hipertensas.

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

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

Denominador: Número de pessoas hipertensas cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção às pessoas com HAS e/ou DM, utilizaremos o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e de Diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Os dados obtidos por meio dos registros e prontuários disponíveis na UBS serão anotados na ficha espelho disponibilizada pela UFPel e logo em seguida serão consolidados na planilha de coleta de dados, visando monitorar e avaliar a nossa intervenção. Queremos alcançar com a intervenção 60% das pessoas com HAS e 80% das com DM residentes e acompanhadas na nossa unidade. Faremos contato com o gestor municipal para providenciar os recursos que forem necessários e para imprimir as fichas espelho que serão anexadas ao trabalho. A quantidade de fichas que serão disponibilizadas e dependo do número de pessoas Hipertensa e Diabéticas que serão cadastradas no final de nosso trabalho. Serão solicitadas aproximada mente 400 fichas espelho que serão armazenadas em arquivo específico para esse fim.

O acolhimento das pessoas com HAS e/ou DM será realizado diariamente na unidade de saúde. Àquelas pessoas com HAS e/ou DM que precisarem de atendimento imediato será garantido a avaliação com a enfermeira e a médica, enquanto aquelas que não apresentarem necessidades no momento será agendada as consultas com o médico e demais profissionais. Caso essas pessoas faltarem, os ACS realizarão busca ativa com o intuito de verificar o caso. Para essas pessoas que faltaram da consulta bem como outras que os ACS identificaram como sendo uma possível pessoa com HAS e/ou DM uma vaga na agenda será priorizada.

Ações de engajamento público	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa de faltosos as consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Monitoramento das ações e indicadores	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Educação em saúde	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias	X		x		x		x		x		x	

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Depois de 12 semanas de realização da intervenção, com o objetivo de ampliar a cobertura do Programa de Atenção de Hipertensos e Diabéticos de nossa comunidade, chegamos ao final da intervenção de acordo ao cronograma e as atividades propostas no curso da especialização em Saúde de Família, mais, convencidos de que agora forma parte de nosso dia a dia continuar melhorando a atenção de saúde e qualidade do atendimento destes grupos. De acordo com o cronograma a maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida em sua totalidade, a primeira atividade desenvolvida no início da semana com uma continuidade semanal foram as reuniões de equipe com o objetivo de planificar o trabalho da semana, definir as atribuições de cada profissional e discutir as dificuldades apresentadas no transcurso do projeto da intervenção, assim como a capacitação da equipe.

Entre os temas que foram debatidos e estudados estão: o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, correto preenchimento de caderneta de saúde, acolhimento, políticas nacionais de humanização, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, orientações sobre a importância do trabalho que estamos fazendo, organização dos agendamentos das visitas domiciliares para busca ativa de faltosos a consulta, e avaliação da saúde bucal. A equipe mostrou-se entusiasmada com o projeto e, tanto as técnicas de enfermagem, enfermeiras e ACS tiveram uma participação ativa também na capacitação que foi realizada pelo enfermeiro e pelo médico, para isso foram utilizados materiais tais como computador, papel, caneta, esfigmomanômetro, entre outros.

Acredito que foi muito útil, pois nos sentimos responsáveis pela atividade e com ela foi possível ensinar as técnicas de enfermagem a realizarem algumas atividades na execução do exame clínico assim como o cadastramento dos usuários pertencentes à população alvo. As técnicas de enfermagem participaram do exame

físico, como foi planejado, assim como atividades de promoção e educação em saúde.

Os atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos forem feitos a livre demanda, todos os dias da semana, nos dois turnos, em nossa rotina diária de trabalho, onde tivemos resultados muito satisfatórios aumentando a cobertura de atendimentos. Na maioria dos usuários foi realizado o atendimento clínico, com exame clínico em dia de acordo com protocolo, com exames complementares em dia, quase todos tomam medicamentos e são da lista do Hiperdia, tem registro adequado na ficha do acompanhamento, e a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia.

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

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

Também tivemos no transcurso destas semanas contato com o gestor, onde falamos sobre a importância da atenção e a qualidade da saúde dos usuários com HAS e DM, solicitando apoio para estratégias que tem sido implementada.

Na intervenção nos é permitido conhecer a profundidade das condições de vida dos usuários, o jeito de como percebem a saúde, de como enfrentam suas doenças, a percepção de risco, o interesse que assumem antes de ter conhecimentos sobre a HAS e DM, e logo quando a equipe atua e desenvolve um seguimento educativo e científico. Temos conseguido incorporar ao seguimento em consultas a muitos usuários que só compravam remédios nas farmácias populares, com tratamentos impostos por anos, sem serem avaliados de forma contínua.

Usuários com vários fatores de risco como obesidade e sedentarismo que não conheciam seus pesos corporais ou índice de massas corporais, que apesar de terem uma nutricionista na unidade de saúde nunca haviam feito nenhuma consulta com a mesma, outros desconheciam a importância da saúde bucal. Usuários com tratamentos mono terapêuticos por mais de dez anos e com valores alterados da pressão arterial e glicose. Muitos com glicômetro em casa, mas sem conhecimentos para usá-los, para os quais capacitamos aos familiares e próprios usuários.

Também encontramos desorientação com as doenças, como por exemplo, só consumir os remédios quando se sentiam mal, alguns diziam que não podiam tomar os remédios todos os dias, pois logo o corpo se acostuma, ou que só vai ao médico quando precisa, a pressão está bem em casa e quando venho na unidade ela fica ruim, etc. Todos estes elementos são problemas que identificamos e temos modificado em nosso dia a dia, para o bem da população e sua saúde, e para a satisfação de um grupo de profissionais que trabalhamos com amor e respeito à profissão que escolhemos.

Nesta etapa também aumentamos o número de visitas domiciliares, e consultas de seguimento planejadas na UBS, assim como a busca ativa de usuários faltosos a consulta, assim como o número de usuários encaminhados para atenção secundária de saúde por descompensação da HAS e DM, ou complicações causadas pelas mesmas foi diminuído. A população está satisfeita com o trabalho feito, reconhecem e agradecem as visitas a suas casas e o trabalho oferecido, falam que é muito importante para o município.

Dentro das ações planejadas no projeto consideramos haver cumprido com as mesmas. Divulgamos a existência de um Programa de controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ampliamos a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde de forma integral. Facilitando as consultas agendadas, a demanda espontânea, o controle clínico e mediante exames

complementários. Consulta com outras especialidades médicas na atenção secundária de saúde quando precisaram. Aumentamos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, registrando-os em planilha de coleta de dados, o qual antes não existia em nossa Unidade Básica de Saúde o qual facilitara seu seguimento futuro. Melhoramos o registro das informações de cada usuário mediante o sistema E-SUS, o qual permite conhecer o histórico de seguimento de cada usuário, assim como cada procedimento feito.

Conseguimos orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular o qual teve bom resultado na elevação da percepção de risco das doenças. Esclarecemos aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação e atividade física). O que permitiu que muitos se incorporar a realização de atividade física e ao grupo de abandono do, assim como consultas com a nutricionista do posto de saúde. Resgatamos os usuários que em ocasiões se tornaram faltosos na consulta, esclarecendo sobre a importância da periodicidade para a mensuração da pressão arterial e da glicose em usuários maiores de 18 anos, o qual favoreceu que muitos se incluam a nossa rotina de seguimento contínuo. E quanto à saúde bucal as maiorias dos usuários foram avaliadas, sem dificuldades, e orientados sobre adequada higiene bucal.

Percebemos o interesse dos usuários por participar nas diferentes ações, se sentem melhor atendidos, com um controle contínuo da pressão arterial e glicose, assim como o trabalho para evitar complicações a curto, média e longo prazo. Os exames de seis em seis meses para os mais complicados o de um em um ano para os mais estáveis, são elementos incorporados a nosso dia a dia. As consultas com a nutricionista no posto, a realização de atividade física, a participação em atividades de promoção de saúde, são elementos que estão incorporados o nosso trabalho diário no posto de saúde. Presentes antes do início de projeto alguns deles, outros não, mais aperfeiçoados todos, favorecem hoje em dia que nosso enfoque de trabalho deste grupo seja muito melhor que etapas passadas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas dificuldades climáticas tais como o frio, a chuva, fluxo de pessoas na UBS, toda a responsabilidade do projeto, falta do transporte em ocasiões para as visitas domiciliares, mas sinto que o desenvolvimento do projeto alcançou avanços significativos através de muito trabalho, durante estas 12 semanas.

Com o passar das semanas, apesar das dificuldades, os usuários começaram a entender a necessidade e o comprometimento de não faltar as consultas agendadas, embora estivesse chovendo e frio, eles se esforçavam porque observaram o quanto o tratamento é importante e pode trazer uma boa qualidade de vida através das orientações dadas. O dia que não se pode sair foi agendado novamente a visita.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto ao monitoramento da intervenção, não tivemos dificuldades, contamos em toda a intervenção com as fichas espelhos em quantidade suficiente. As fichas foram preenchidas pelo médico, no momento do atendimento, ação que não foi fácil nas primeiras semanas, mais agora já faz parte de nossa rotina diária. A planilha de coleta de dados é preenchida também pelo médico em outro momento, no próprio consultório, depois dos atendimentos com a ajuda das técnicas de enfermagem, e com o apoio dos prontuários dos usuários, e as fichas espelho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa equipe manteve-se muito unida na realização das ações previstas da nossa intervenção, o que fortaleceu o nosso trabalho em equipe, posso afirmar que cada ação faz parte de nossa rotina diária. Mesmo que tenhamos finalizado a coleta de dados para o TCC continuamos com o acompanhamento necessário melhorando cada dia o atendimento com este grupo.

Os usuários têm um maior conhecimento destas doenças e agora estão identificados com nossa UBS.

Nossa equipe está muito satisfeita com o trabalho desenvolvido, pela primeira vez em nossa comunidade, foi realizada um projeto de intervenção com o grupo de Diabéticos e Hipertensos.

Com a finalização da intervenção percebo que mudamos para uma equipe com um nível de interação e adesão muito bom, com entusiasmo nas atividades que desenvolvemos no dia a dia. Sabemos que teremos condições de superar algumas das deficiências apresentadas no desenvolvimento da intervenção, pois contamos com as ferramentas necessárias para isso, uma equipe disposta a continuar trabalhando, pois o caminho já está traçado.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Depois de 12 semanas de andamento da intervenção com o objetivo de ampliar a qualidade de atenção as pessoas com HAS e/ou DM maiores de 20 anos e residentes na área de abrangência da UBS Pejuçara, Rio Grande do Sul, me disponho a fazer a descrição dos resultados obtidos durante este período.

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

Na área adstrita da UBS há 1.561 usuários, sendo que desses, 349 (22,3%) são pessoas com 20 anos ou mais com HAS e 100 (6,4%) com 20 anos ou mais com DM, segundo as estimativas do caderno de ações programática (CAP). Participaram da intervenção 301 (86,2%) pessoas com HAS e 100 (100%) com DM.

Antes do início da intervenção, a cobertura da atenção à saúde às pessoas com HAS e/ou DM era respectivamente 73% (254) para o programa de HAS e 100% para o programa DM. No entanto, esses dados não eram reais, uma vez que não estavam atualizados, apresentavam fragilidades no momento do registro. Assim, utilizamos as estimativas do CAP.

Nosso propósito foi registrar o maior número de usuários com essas doenças, em um período de trabalho de 16 semanas, tempo que corresponde ao programado no projeto de intervenção. No entanto, devido as orientações do curso, o período de execução da intervenção foi reduzido para 12 semanas. Seguem abaixo os objetivos e as metas dos resultados alcançados.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

A cobertura do programa de atenção à HAS na UBS foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 28,4% (99), 58,2% (203) e 86,2% (301) (figura 1). Assim a meta 1,1 não foi atingida devido ao fato de existir muitos usuários que não tinha atendimento pelo SUS e outros ficaram fora da área e em outras cidades como visitantes.

Já a cobertura do programa de atenção à DM na UBS foi de 41,0% (41), 73,0% (73) e 100% (100) no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente (figura 2). Assim, a meta 1.2 foi alcançada.

De forma geral, as ações que favoreceram esses resultados foram: o compromisso da equipe de ficar a disposição para fazer todas as atividades proposta no projeto de intervenção e dar continuidade nos três meses de projeto e inserir as ações na nossa rotina de trabalho dia a dia.

Além disso o apoio e o estímulo do gestor em aprovar muitas ações realizadas pela equipe bem como a satisfação da comunidade também favoreceram o alcance desses resultados.

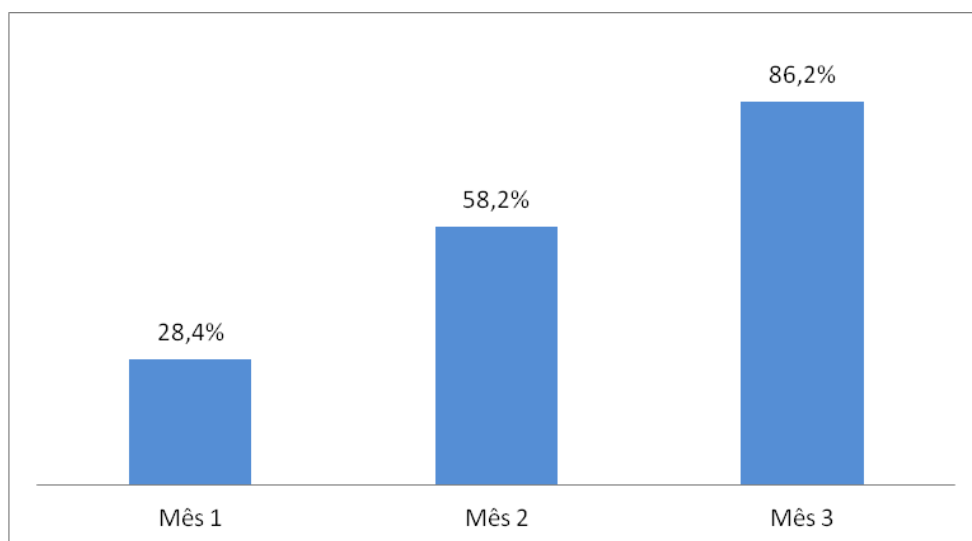


Figura 1 – Cobertura do Programa de atenção à hipertensão arterial na unidade de saúde Pejuçara.

FONTE: Planilha de coleta de dados UFPel.

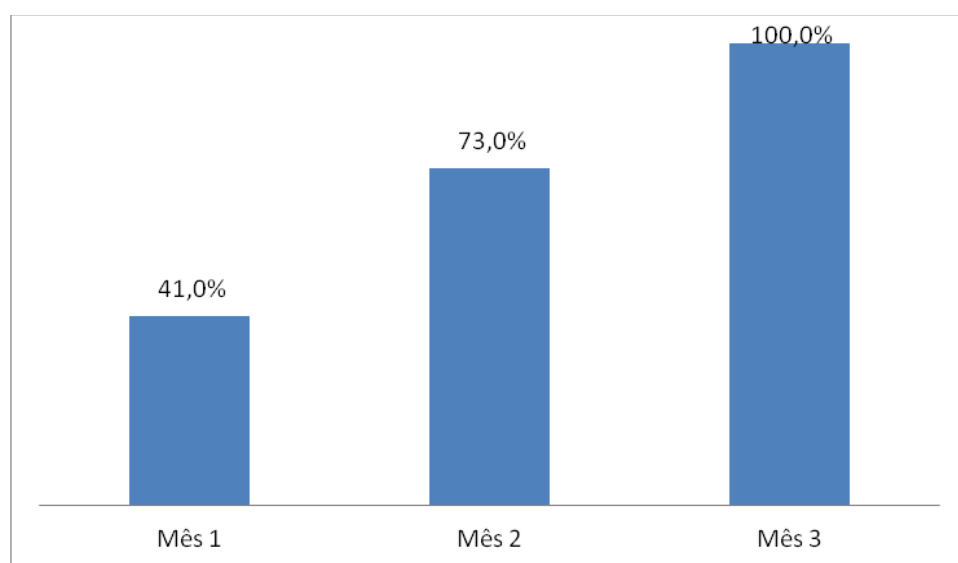


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus da unidade de saúde Pejuçara.

FONTE: Planilha de coleta de dados UFPel.

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

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

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

O projeto de intervenção melhorou, sem dúvidas, a qualidade da atenção integral aos usuários com HAS e/ou DM. Conseguimos criar uma maior adesão as consultas agendadas, assim como o seguimento aos usuários, o qual favoreceu

aumentar os exames clínicos e atingir 100% nas metas 2.1 e 2.1 nos três meses da intervenção.

O número de pessoas com HAS com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi de 99 (100%), 203 (100%) e 301 (100%), no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente.

O número de pessoas com DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi de 41 (100%), 73 (100%) e 100 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Esses resultados foram alcançados devido ao trabalho realizado de forma integrada entre os membros da equipe, as visitas domiciliares, as atividades coletivas de engajamento público, visando informá-la a respeito da importância do exame clínico apropriado.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses.

Foram avaliadas 41(100%), 73(100%), e 100 (100%) pessoas com diabetes, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Isso foi realizado em todas as consultas de cada usuário diabético pelo médico. Considerando que essa ação faz parte da avaliação de rotina desse profissional, não encontramos dificuldades para atingir essa meta.

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

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com DM a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

O número de pessoas com hipertensão com exames complementares periódicos em dia foi de 99 (100%), 203 (100%) e 301 (100%), no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, enquanto que o número de pessoas com diabetes foi de 41 (100%), 73 (100%) e 100 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Acreditamos que com o apoio da equipe, as visitas domiciliares e o fato de desenvolvermos ações de orientação aos usuários, reforçando sobre a importância e necessidade que tinham de realizar os exames e no período preconizado, tudo isso, proporcionou o alcance desses resultados.

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

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O número de pessoas com HAS com a prescrição dos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia foi 99 (100%), 203 (100%), 301(100%), no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente, enquanto o número de pessoas com DM foi de 41 (100%), 73 (100%), 100 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e no terceiro mês.

Acreditamos que com o apoio da equipe, as visitas domiciliares e o fato de desenvolvermos ações de orientação aos usuários, reforçando sobre a importância e necessidade que tinham de realizar os exames e no período preconizado, tudo isso, proporcionou o alcance desses resultados.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

A maioria dos usuários com necessidade de atendimento odontológico foi avaliada pela equipe de saúde bucal e todos receberam orientações sobre higiene bucal.

No primeiro, segundo e terceiro mês, foram atendidos 99 (100%), 203 (100%) e 301 (100%) pessoas com HAS. Já as pessoas com DM, o número que foram atendidas no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, foi 41 (100%), 73 (100%) e 100 (100%).

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

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

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

De acordo com as pessoas hipertensas que foram encontradas faltosas à consulta correspondentes ao primeiro, segundo e terceiro mês, foi 99 (100%), 203 (100%) e 301 (100%), respectivamente. Já o número de pessoas com DM foi 41 (100%), 73 (100%) e 100 (100%), respectivamente.

Conseguimos alcançar essas porcentagens graças ao trabalho articulado entre toda a equipe, com destaque para os ACS que semanalmente realizavam visitas domiciliares buscando todos os faltosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

No início do projeto não tínhamos na unidade de saúde fonte de dados para desenvolver o trabalho. Com o cadastramento da população, conseguimos elevar as informações e, no momento, dispomos agora de uma base de dados, a qual vai favorecer o desenvolvimento de futuros trabalhos.

Foram avaliadas as pessoas hipertensas no primeiro, segundo e terceiro mês e o número de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento foi, respectivamente, 99 (100%), 203 (100%) e 301 (100%). Já para as pessoas com DM, o número foi 41 (100%), 73 (100%) e 100 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Esses resultados foram atingidos, considerando a implantação do E-SUS, pois essa tecnologia ajuda no seguimento de cada usuário, o qual deixa guardado a cada consulta, incluindo o tratamento e exames feitos. Por isso, acreditamos que o registro de informações melhorou muito. Aqui também foi muito útil a aplicação da ??? colocar por extenso que ajudou para uma maior organização e controle de nossos usuários.

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

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

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

A determinação dos usuários hipertensos e diabéticos com fatores de risco cardiovascular foi fundamental para evitar complicações a curto, médio e longo prazo, em dependência do estado de saúde do usuário.

O número de pessoas com HAS que tiveram a estratificação de risco avaliada no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 99 (100%), 203 (100%) e 301 (100%). Já para as pessoas com DM, o número foi 41 (100%), 73 (100%) e 100 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Conseguimos atingir essas metas, pois foi realizada uma avaliação do risco de cada usuário. Isso foi muito importante, pois a partir dessa avaliação cada usuário conheceu seus riscos e também sabiam como evitá-los.

Mais uma vez os ACS realizaram um grandioso trabalho. A partir da visita domiciliar foi possível potencializar o vínculo e realizar as orientações sobre o controle dos riscos de cada usuário.

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

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

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

De acordo com as orientações nutricionais foram avaliadas pessoas hipertensas no primeiro, segundo e terceiro mês 99(100%), 203(100%), 301(100%) respectivamente, e em caso das pessoas diabéticas 41(100%), 73(100%), 100(100%), respectivamente. Estas porcentagens foram alcançadas pela avaliação de cada usuário em particular os quais saíam de cada consulta com os conhecimentos dos alimentos que prejudicavam a saúde e quais eram os adequados e não causavam transtorno em sua nutrição. Nesta etapa tivemos o apoio da nutricionista, das enfermeiras e dos médicos. Uma vez mais o papel da equipe foi muito importante. Além disso são pesquisados os que retiveram as orientações nutricionais mediante as visitas domiciliares dos médicos as enfermeiras e os ACS.

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

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

O número de pessoas que receberam orientações em relação a prática regular de atividade física, foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês 99 (100%), 203 (100%) e 301 (100%). Já o número de pessoas com DM foi 41 (100%), 73 (100%) e 100 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Essas metas foram atingidas devido ao trabalho realizado pela equipe, especialmente os médicos e as enfermeiras que orientavam todos os usuários em cada consulta sobre a importância de exercício físico. É relevante destacar também o grandioso papel do educador físico que até agora continua trabalhando todos os dias da semana com a nossa comunidade.

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

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

Em relação as orientações sobre o risco do tabagismo, o número de pessoas com HAS que receberam as orientações foi, no primeiro, segundo e terceiro, respectivamente, 99 (100%), 203 (100%) e 301 (100%). Já o número de pessoas com DM que receberam essas orientações foi, 41 (100%), 73 (100%) e 100 (100%).

A reorganização do nosso processo de trabalho bem como as visitas domiciliares realizadas pela equipe proporcionou esses bons resultados.

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

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

De acordo com os indicadores sobre as orientações de higiene bucal no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 99 (100%), 203 (100%) e 301 (100%) pessoas com HAS foram orientadas.

Já o número de pessoas com DM que receberam essas orientações no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 41 (100%), 73 (100%) e 100 (100%).

Esses indicadores foram alcançados pelo trabalho da equipe em cada consulta e em cada visita domiciliar. Nesses momentos foram dadas as orientações sobre higiene bucal e sobre a importância de assistir a consulta com o dentista.

É importante destacar o trabalho dos dentistas que sempre estiveram a disposição para atender a todos os usuários que foram encaminhados, e até o momento eles cumprem o que foi estabelecido no projeto de intervenção.

De forma geral, após organizarmos o nosso processo de trabalho, definimos o papel de cada profissional e desenvolvemos ações de educação em saúde, tanto de forma individual como coletiva. Percebemos que os usuários e seus familiares ficaram muito atentos durante as atividades coletivas realizadas, trocaram experiências, tiraram as dúvidas e agradeceram pelo apoio da equipe da saúde à atenção prestada.

4.2 Discussão

O processo de intervenção na UBS Pejuçara contribuiu com a ampliação da cobertura da atenção à saúde aos usuários hipertensos e diabéticos, na melhoria da qualificação da atenção, na acessibilidade dos usuários à UBS e na melhoria dos registros e monitoramento das ações. A equipe também conseguiu informar a população sobre a existência do projeto e realizar o engajamento da mesma, fortalecendo assim, o controle e a participação popular.

A equipe de nossa UBS conseguiu, primeiramente, resignificar? o acolhimento e estabelecer a prioridade nos atendimentos destes usuários, ação que não estava implantada até o momento da escolha do tema do projeto de intervenção. Além disso, realizou-se o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, incluindo exame dos pés com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, o que permitiu garantir uma atenção de qualidade aos usuários, prevenindo e/ou detectando os fatores de risco presentes neles.

Os exames complementares foram indicados de acordo com o protocolo e avaliados depois para verificar se tinham sido realizados e seus resultados para futuras condutas e mudanças no estilo de vida e tratamentos, melhorando o cuidado individual e cumprindo com a integralidade. Os usuários também foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis, a necessidade de prática de atividade física regular para que possam ter mais autonomia quanto a sua saúde, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

Todos os usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus foram informados sobre a existência dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e sobre a possibilidade de eles usarem esses medicamentos pela acessibilidade e menor custo. Dessa forma conseguimos que alguns usuários trocassem o tratamento antigo para estes medicamentos do programa, o que promoveu a continuidade do tratamento e, por consequência, um melhor controle da doença.

Apesar de ainda existir usuários que fazem acompanhamento com especialistas em serviços privados e não querem usar os medicamentos disponibilizados na farmácia popular, toda a equipe está a disposição para acolher e responder às necessidades dessas pessoas bem como orientar e reforçar e valorizar os medicamentos da farmácia popular.

O cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção, assim como a avaliação da necessidade de realizar visita domiciliar e a realização desta, foi facilitada pelo médico, pelas técnicas de enfermagem e agentes comunitários, graças a sua dedicação e comprometimento deles para com a intervenção.

Referente ao objetivo de melhorar a adesão destes usuários, fizemos a busca ativa dos usuários faltosos a consultas, isto foi possível graças ao trabalho e dedicação da equipe.

A organização e a melhoria dos registros destes usuários permitiram levar um maior controle dos dados necessários para conhecer as deficiências e trabalhar na correção e superação das mesmas. Em todos os atendimentos foram preenchidas as fichas espelho, que é um instrumento facilitador que fez com que conseguíssemos manter um adequado controle dos usuários.

As ações de promoção de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos foram realizadas em sua totalidade na área de abrangência. Com essas ações obtivemos mudanças que melhoraram o bem-estar e ajudaram no controle das doenças de

alguns usuários. As ações mais importantes desenvolvidas no projeto foram os referentes à orientação nutricional sobre hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias).

O projeto exigiu da equipe a realização de diferentes capacitações segundo o preconizado pelo protocolo do Ministério de Saúde, relacionadas com a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização no tratamento das pessoas com HAS e/ou DM, verificação da pressão arterial e realização do Hemoglicoteste.

Todas estas ações de capacitação levaram ao trabalho integrado dos profissionais da equipe, o que contribuiu para a melhoria da adesão da equipe, assim como o enriquecimento profissional de cada um dos integrantes. Além disso, favoreceu na qualidade dos atendimentos destes usuários e nas relações entre os membros da equipe e a população alvo.

De maneira geral podemos dizer que cada membro da equipe alcançou o cumprimento de suas atribuições e contribuiu com o desenvolvimento do projeto de intervenção. A intervenção terminou trazendo melhorias no funcionamento da UBS como um todo. As atividades agora estão mais bem planejadas, melhorou o acolhimento da população de forma geral, e a equipe toda participa das ações.

O impacto da intervenção é bem percebido na comunidade. Os usuários demonstram um grande entusiasmo pela participação do projeto. A qualidade dos atendimentos melhorou em grande proporção, evidenciando-se no maior controle, monitoramento e avaliação destas duas doenças, o que os motiva a continuar no cumprimento de todas as orientações recomendadas pela equipe.

Caso fosse realizar a intervenção nesse momento, faria diferente no aspecto do que seria de ter mais semanas para tratar de convencer os usuários que não tem acompanhamento pelo SUS. Além disso, cadastrar as pessoas que estavam fora da área e que ficariam sem cadastrar e sem ter os atendimentos adequados.

Apesar de ter atingido uma grande parte da meta pactuada, ainda temos um grupo considerável destes usuários que não estão fazendo o acompanhamento na UBS. Isso é um objetivo a ser alcançado, já que a intervenção finalizou, mas as ações já fazem parte da rotina do nosso serviço e continuarão a fazer parte do mesmo.

Com a finalização da intervenção percebo que mudamos para uma equipe com um nível de interação e adesão muito bom, com entusiasmo nas atividades que desenvolve no dia a dia. Sabemos que teremos condições de superar algumas das deficiências apresentadas no desenvolvimento do projeto, pois contamos com as ferramentas necessárias para isso, uma equipe disposta a trabalhar em união.

5. Relatório da intervenção para os gestores

Prezado Gestor,

Realizamos uma intervenção na unidade básica de saúde de Pejuçara. Esse trabalho fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Isso só foi possível devido ao apoio recebido da equipe, da comunidade e principalmente da gestão.

O projeto de intervenção teve uma duração de 12 semanas e o principal objetivo foi melhorar a atenção à saúde as pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM). Assim, por meio do desenvolvimento de ações que envolvem os eixos de qualificação da prática clínica, gestão e organização do serviço, monitoramento e avaliação e engajamento público, trabalhamos com o intuito de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS de Pejuçara. Nossa intervenção ocorreu com muito sucesso.

Das 1.561 pessoas residentes na área de abrangência da UBS 349 (22,3%) são pessoas com HAS e 100 (6,5%) com DM, segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pelo curso da UFPel.

Após finalizar a intervenção, nós alcançamos resultados positivos quanto à cobertura e a qualidade dos atendimentos da população alvo na UBS com a participação de todos os membros da equipe.

A cobertura de atenção à saúde das pessoas com HAS foi melhorada e atingimos 86,2%, enquanto que para a atenção à pessoa com DM atingimos 100%. Todos os indicadores de qualidade foram alcançados em 100% nos três meses da intervenção, o que revela o nosso cuidado e cumprimento em relação ao princípio da integralidade. Um outro aspecto relevante é que por meio da intervenção as ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação chegaram até as comunidades do interior.

As pessoas que participaram do projeto se encontram satisfeitas com os atendimentos ofertados pela equipe de saúde. Na UBS foi possível atualizar o cadastro e os registros da população hipertensa e diabética, foram realizadas as atividades segundo o preconizado no protocolo disponibilizado no município, foi possível manter uma atualização dos exames complementares e exame clínico dos usuários, avaliar os tratamentos para essas duas doenças, priorizar os medicamentos disponibilizados na farmácia popular/Hiperdia e desse modo manter um melhor controle dessas doenças.

Nós recebemos grande apoio por parte da gestão, como a prioridade na marcação dos exames complementares o que favoreceu na atualização dos dados em cada usuário que participou da intervenção. Também foi um grande apoio a disponibilização de transporte para as visitas no interior do município. No entanto,

ainda necessitamos de uma melhor planificação e com o seu apoio pretendemos acessar com mais frequência as comunidades no interior.

Nosso projeto está modificando a visão dos profissionais da equipe em relação a planificação da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos e fortaleceu a relação equipe com a comunidade.

Para conseguirmos manter o sucesso da nossa intervenção construída durante o último ano, será fundamental a parceria e a colaboração da gestão, principalmente por meio da disponibilização de transporte para o deslocamento da equipe ao interior para manter os atendimentos nessas comunidades e as visitas a os usuários que moram mais longe.

Realmente com a intervenção alcançamos nosso objetivo planejado do início do estudo, no final, a comunidade ganhou mais espaço com sua participação, a equipe ganhou melhor organização e planejamentos de suas ações, o município ganhou um programa com maior qualidade e a possibilidade de implementar em outras ações programáticas, melhorando a qualidade de assistência à saúde em nossa comunidade, contemplando a universalidade, integralidade, equidade e participação popular e impactando em melhores resultados sanitários e qualidade de vida para a população.

6. Relatório da intervenção para a comunidade

Durante o desenvolvimento das atividades na Unidade Básica de Saúde de Pejuçara, realizamos uma intervenção no período de 12 semanas para melhorar a atenção à saúde das pessoas com as doenças hipertensão arterial (pressão alta) e/ou diabetes.

Na nossa comunidade há 1.561 pessoas residentes, sendo que 349 apresentam hipertensão arterial e 100 diabetes.

Primeiramente foi possível organizar a agenda do dia a dia para contar com um turno de atendimento específico para os pacientes com essas doenças. Além disso, conseguimos organizar a forma como receber, ouvir e atender esses pacientes na UBS.

A nossa intervenção contribuiu na melhoria da qualidade dos atendimentos, os quais são realizados segundo os parâmetros estabelecidos no protocolo do Ministério de Saúde. Outra conquista foi o envolvimento de toda a equipe no nosso trabalho e o desenvolvimento de um trabalho em união, o que favoreceu positivamente a qualidade e na atualização dos atendimentos.

Com a ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACS), atualizamos o cadastro de todos os ? com hipertensão e diabetes que moram na nossa área da comunidade e se conseguimos incorporar uma grande porcentagem deles no acompanhamento por meio dos atendimentos na UBS.

A cobertura do programa foi ampliada para 86,2% os ? com hipertensão e para 100% os com diabetes. Segundo o estabelecido no protocolo, foi possível manter a atualização dos exames dos pacientes avaliados. Nós conseguimos avaliar os tratamentos para essas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular/hiperdia, e deste modo, manter um melhor controle das duas doenças.

Todos os usuários foram avaliados quanto aos fatores de risco cardiovascular e a equipe orientou quanto à importância da adesão de hábitos de vida saudáveis. Foram identificados os usuários faltosos a consulta e a equipe se organizou com os ACS para visitar essas pessoas e saber o motivo da falta, além de já agendar uma outra consulta se necessário.

Como vocês sabem, as ações da nossa intervenção já fazem parte do nosso cotidiano e precisaremos muito da ajuda de vocês para conseguirmos manter isso. Vocês podem nos ajudar cumprindo com as orientações faladas em cada consulta, em cada encontro com a comunidade, incentivando a outros usuários com as doenças igual a de vocês que não tenham cadastro o que não participaram a assistir a consulta, as atividades do grupo de Hiperdia, e a vocês que participarem a continuar com seu tratamento e assistir a todas a consultas planejadas e cumprir com o tratamento realização dos exames. Para não ter recaída e não ter complicações.

O apoio dado pela comunidade, participando do grupo de hipertensos e diabéticos e das diferentes atividades feitas, juntamente com as lideranças comunitárias; na divulgação deste projeto, e a parceria com o Conselho Municipal de Saúde, foram muito importantes para obtermos estes resultados. Conseguimos o estabelecimento da intervenção com as consultas agendadas e organização do trabalho em nossa UBS.

Para tal, reforçamos a importância do trabalho em conjunto, comunidade, equipe e gestão para continuarmos as melhorias na assistência à saúde em nossa comunidade.

Obrigado pela ajuda e a participação nesses últimos meses que aconteceu a nossa intervenção. Contamos com a participação de vocês para fortalecer as nossas ações e a unidade de saúde para oferecermos melhor saúde para a nossa comunidade!

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família foi um grau reto, mas foi uma experiência maravilhosa para mim. Ao longo das 12 semanas de desenvolvimento da intervenção realizada na unidade básica de saúde de família do município de Pejuçara, com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM maiores de 20 anos na área de abrangência, temos realizado um trabalho muito importante e proveitoso para o bem-estar de nossa comunidade.

No início do curso, pensei que ia ser difícil, mais sempre contei com ajuda e apoio da minha equipe de trabalho, do gestor e da comunidade em geral e todos gostaram muito desta proposta. Trabalhamos todos em conjunto, ainda que os resultados não foram os que esperávamos nos indicadores de cobertura, mais sim conseguimos melhorar a qualidade da atenção no foco escolhido, incrementado os indicadores, com a organização do trabalho de nossa UBS a implementação de novas estratégias de trabalho.

O curso de especialização constituiu um apoio educacional e instrutivo em minha prática profissional neste país, tem oferecido muitas ferramentas e esclarecido algumas dúvidas que surgem no nosso cotidiano, nos tem oferecido casos clínicos muito frequentes nas consultas, enriquecendo nosso conhecimento sobre os diferentes protocolos das diversas doenças aqui no Brasil, além de me ajudar a melhorar a redação na língua portuguesa.

Por meio da especialização, temos realizado esse trabalho de intervenção e colocamos em prática ações previstas no projeto nos eixos de monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço e engajamento público, melhorando com isso a atenção e qualidade dos atendimentos dos usuários com HAS e/ou DM.

Não podemos deixar de dizer que contamos também, ao longo do curso, com o apoio incondicional do orientador o qual sempre esteve disposto a ajudar com muito carinho e paciência, corrigindo nossos erros, participando a distância, mas sempre presente em cada atividade.

Tudo o que aprendi no curso foi muito interessante e levarei comigo como uma experiência única, maravilhosa e inolvidável, pois nunca antes tinha participado de um curso a distância com essa qualidade e viável, na prática, com grande impacto no aumento da minha capacidade de análise e solução, e profissional, envolvimento de vários atores e desdobrando em melhores cc de saúde da comunidade onde atuo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas, Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas, Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica da Doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AM. **I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular**. Arq. Bras. Cardiol., v.100, n.3, p. 1-40, 2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

A	B	C	D	E	F	G	H	I
4	Informações da sua unidade de saúde:	SIM	NÃO		OBSERVAÇÕES			
5	Existe protocolo para atenção ao hipertenso ou diabético?				Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.			
6	É adotada a Caderneta do hipertenso ou diabético?				Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.			
7	Existe registro específico para a atenção ao hipertenso ou diabético?				Além do prontuário, assinale se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão do hipertenso / diabético ou Ficha do Programa de Atenção aos hipertensos.			
8	É realizado apazamento / agendamento das consultas ao hipertenso ou diabético?				Considere se os hipertensos ou diabéticos são informados sobre a data de retorno na unidade de saúde e o agendamento deste retorno (dia e horário).			
9	As informações são monitoradas regularmente?				Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar os hipertensos ou diabéticos faltosos.			
10	É realizada busca ativa dos hipertensos ou diabéticos que não comparecem às consultas?				Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os hipertensos ou diabéticos para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.			
11	É feita avaliação periódica do programa de atenção ao hipertenso ou diabético?				Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos.			
12	Os dados são utilizados para o planejamento das ações?				Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações dirigidas aos hipertensos ou diabéticos.			
13								
14	HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES		
15	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.		
16	DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4			
17	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção					Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de atenção ao diabético.		
18						Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta		

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante