

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da
USF Cadeia Velha I, Rio Branco/AC**

Belkis Gonzalez Perez

Pelotas, 2016

Belkis González Pérez

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da
USF Cadeia Velha I, Rio Branco/AC**

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

Orientador: Elenir Terezinha Rizzetti Anversa

Pelotas, 2016

P438m Pérez, Belkis González

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da USF Cadeia Velha I, Rio Branco/AC / Belkis González Pérez; Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Anversa, Elenir Terezinha Rizzetti, orient. II. Título

CDD : 362.14

Aos meus pais e meus filhos por sua capacidade de acreditar em mim, pela força e incentivo brindado...

Agradecimentos

A minha equipe de saúde, ferramenta importante para a realização deste projeto.

Ao professor orientador Simone Gomes Dias De Oliveira por seu esforço e ajuda neste projeto, sempre de forma certa fazendo a orientação correta.

Aos colegas que juntos trabalhamos neste projeto, obrigada por seu apoio.

Resumo

Perez Belkis Gonzalez. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da USF Cadeia Velha I, Rio Branco/AC.** 2016. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Este trabalho teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção em saúde aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área de abrangência da USF Cadeia Velha I, Rio Branco/AC. Foi escolhida para esta intervenção, a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência de nossa USF por ser grupos priorizados e mais sensíveis. O estudo é de caráter interventivo, descritivo e de corte quantitativo e qualitativo onde se propõe um conjunto de objetivos específicos que abarcam a cobertura do programa, qualidade de atendimento, adesão e promoção de saúde dos hipertensos e diabéticos, para os quais se elaboraram metas com as suas respectivas ações implementadas, desenvolvidas, e executadas nos quatro eixos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, com seus indicadores que permitiram o monitoramento das metas. Os dados mais relevantes foram relacionados à ampliação da cobertura da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência que foram de 47,8% para hipertensos e 60% para diabéticos. Esta intervenção trouxe benefícios para a comunidade não somente para aqueles hipertensos e diabéticos vinculadas ao projeto, mas também para a população em geral devido a que ganharam em consciência sobre a importância do acompanhamento e conhecimento sobre saúde. Também trouxe um grande impacto sobre o serviço, ganhando-se em organização dos processos de trabalho que se visualizou numa melhoria na qualidade e integralidade da atenção à saúde e maior credibilidade por parte da comunidade. Foi muito importante para a equipe de saúde por que se aprendeu a trabalhar unido, devido aos resultados obtidos, se mantêm esta estrutura incorporada à rotina de atendimento da unidade.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensos; diabéticos; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde	53
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.	54
Figura 3	Gráfico: Proporção de hipertensos com o exame clínica em dia acordo com o protocolo.	55
Figura 4	Gráfico: Proporção de diabéticos com o exame clínica em dia acordo com o protocolo.	55
Figura 5	Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	56
Figura 6	Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	57
Figura 7	Gráfico: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	59
Figura 8	Gráfico: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	60
Figura 9	Gráfico: Proporção de hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento.	62
Figura 10	Gráfico: Proporção de diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento.	63
Figura 11	Gráfico: Proporção de hipertensos com estratificações de risco cardiovascular por exame clínica em dia.	64
Figura 12	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	65
Figura 13	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientações sobre a pratica de atividade física regular.	67
Figura 14	Gráfico: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	68
Figura 15	Gráfico: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	70
Figura 16	Gráfico: Proporção diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	71

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS - Agente comunitário da Saúde.

ESB -Equipe de Saúde Bucal.

ESF -Estratégia da Saúde da Família.

DST- Doenças Sexuais Transmissíveis.

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas.

EAFAM- Centro de Assistência Farmacêutica Municipal Especializada.

SUS- Sistema Único de Saúde.

UBS- Unidade Básica de Saúde.

UPA- Unidade de Pronto Atendimento.

URAP- Unidade de Referência da Atenção Primária.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas.....	18
2.2.1 Objetivo geral.....	18
Melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I. Município Rio Branco, estado Acre.	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas.	18
2.3 Metodologia.....	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores.	37
2.3.3 Logística.....	43
2.3.4 Cronograma	46
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	51
4 Avaliação da intervenção.....	52
4.1 Resultados.	52
4.2 Discussão.....	71
5 Relatório da intervenção para gestores.	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	81
Anexos	83

Apresentação

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família em EAD pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, o qual teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada aos usuários hipertensos e diabéticos, pertencentes à área de abrangência da USF Cadeia Velha I, Rio Branco/AC.

A intervenção foi realizada em três meses, de março a junho de 2015 e o TCC se resume em cinco capítulos, desde a Análise Situacional que inicia o projeto com uma avaliação integral da unidade e os processos de trabalhos; a Análise Estratégica onde se explicam os motivos e necessidades de desenvolver o projeto, os objetivos, metas e ações a serem desenvolvidas, a metodologia utilizada, os indicadores a ser avaliados, a logística necessária para levar o projeto a feliz finalização e o cronograma que define o momento de ser realizada cada ação; o Relatório da Intervenção referente ao cumprimento das ações que foram desenvolvidas, aspectos relativos à coleta e sistematização de dados e a viabilidade da incorporação dessas ações à rotina dos serviços da unidade; a Avaliação da intervenção que encerra os resultados e discussão da intervenção, fechando o trabalho com os relatórios de intervenção para Gestores e Comunidade. Para fazer mais compreensível o trabalho, utilizamos gráficos e tabelas e anexamos os instrumentos utilizados durante a coleta de dados para a confecção da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Desempenho a função de médica em uma USF, de nome Cadeia Velha¹, estado do AC, município de Rio Branco, que está localizada na área urbana, muito perto do centro da cidade, onde continua ao lado de uma equipe de saúde, com uma população total de 2.673 usuários e 908 famílias, com uma população de 15 anos ou mais de 1.451 habitantes, um total de 11 grávidas cadastradas, 140 hipertensos e um total de 25 diabéticos até esta data. Existe um predomínio das casas de madeira, a maior parte da população é alfabetizada e tem um índice de violência baixo.

Possui uma equipe composta por sete agentes comunitário de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Eu trabalho todos os dias de segunda a quinta, dando consulta de 7:00 às 12:00h e de 14:00h às 17:00h e uma tarde é para visita domiciliares e sexta feira é o dia do curso de especialização. É uma pequena unidade, antigo prédio alugado pela prefeitura e em sua estrutura tem uma sala de espera, uma farmácia, um consultório de odontologia, uma sala de curativo, o consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacinação. No momento, não há trabalho com más condições estruturais, além de uma cozinha e dois banheiros, um para usuário e um para os trabalhadores. A minha unidade está pendente na remodelação.

Sua atenção centra-se na atenção primária de saúde, só que ainda temos que trabalhar muito, já que as pessoas não têm cultura da medicina preventiva e só vão a consulta quando eles estão doentes, os usuários doentes crônicos não vão a consulta para o controle de sua doença. Ainda temos que trabalhar muito em equipe e, acima de tudo, os agentes comunitários de saúde que têm um papel fundamental na saúde preventiva através das visitas domiciliares, onde farão orientações sobre a importância de consultas programadas para o controle de doenças crônicas. As

visitas domiciliares são feitas, principalmente, a usuários acamados, onde você pode realmente estender isso para outros usuários localizados em outro grupo na classificação de usuários e usuários com doenças crônicas.

As doenças mais frequentes são as respiratórias agudas, dengue endêmica, doença digestiva; as doenças infecciosas em menor grau, gastrite predominante e parasitismo intestinal também são apresentadas; as do sistema geniturinário já não tão frequente, a infecção vaginal e infecções urinária, bem como, as do sistema ostemioarticulares, artroses e osteoporose, também são identificadas. Além disso, tem dependência de drogas legais como o álcool e tabaco e outras ilegais como cocaína e também. Riscos ambientais, identificados como a presença de depósitos de lixo, presença vetor por acúmulo de água limpa e suja, que leva a proliferação de mosquitos, falta de higiene em uma parte da população, também maus hábitos alimentares. Em discussão da equipe de saúde se debatem todas as estratégias para prestar uma atenção de excelência a estes povos, fazendo um diagnóstico da situação de saúde, com a identificação e hierarquização dos problemas principais das comunidades.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Rio Branco, no estado do Acre tem um total de 357.343 habitantes. O município conta com 59 ESF (Estratégia Saúde da Família), 4 URAP (Unidade de Referência da Atenção Primária) e um CEO (Centro especializações em Odontologia). Há um laboratório de próteses, com dois centros de diagnóstico e um Laboratório de imagem. Também contamos com um Centro de Assistência Farmacêutica Municipal Especializada (EAFAM). Possuímos quatro unidades de emergência: três UPA (Unidade Pronto Atendimento) e uma unidade de Pronto Socorro imediato com funcionamento 24 horas. O município tem vários hospitais como a maternidade e clínicas hospitalares pediátricos, além de um hospital geriátrico. Tem um hospital, onde os usuários são atendidos com doença mental, no mesmo são prestados serviços ambulatoriais e são feitas internações de usuários necessitados e é importante destacar que há um Consultório Rua. A coleta de exames é realizada no URAPS e centros de saúde; estas amostras vão para o laboratório central, onde todos os testes são realizados e são enviados de volta aos URAPS e aos centros de saúde.

Isso não afeta a população, quando o exame é realizado o usuário já sai com a data de entrega e recebe o exame no mesmo lugar onde foi realizado..

A minha unidade de saúde chama-se Cadeia Velha I e está localizada na área urbana. O local é adaptado, possui 8 anos de funcionamento, para atender os usuários em dois turnos, manhã e tarde. A UBS se caracteriza por ser uma Unidade de Saúde da Família, onde existe uma boa relação da unidade como resto das unidades de saúde do município. O vínculo de unidade com o SUS é bom, assim como com instituições de ensino, pois na minha unidade de saúde, os alunos têm aulas de enfermagem e recebem várias práticas por semana e são bem recebidos pelo resto da equipe de saúde. A unidade conta com uma equipe de saúde da família composta por um médico clínico geral, sete agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um dentista, uma auxiliar de dentista e uma auxiliar limpeza. Não existe recepcionista. A equipe de saúde é completa e consistente com a população total da área. O número é adequado.

A unidade é pequena, tem uma sala de espera, uma sala de pré-consulta, três consultórios, médicos, de enfermagem e outro odontológico. Há também uma sala de curativos, uma cozinha e dois banheiros, um para usuários e outro para funcionários.

Não há banheiros para portadores de deficiências, apenas o banheiro dos usuários que é grande e oferece para os usuários em cadeiras de rodas para usá-lo. Lembrando que minha unidade é um local adaptado, por esta razão, não deixou de atender a esses usuários, além da população que sabe disso, as pessoas deficientes são sempre acompanhadas por suas famílias. Não há sala de nebulização e esterilização, estes procedimentos são realizados na sala de curativos e os usuários não são afetados porque o quarto é espaçoso e pode executá-los sem problemas. Usuários em minha unidade não são vacinados, pois o quarto não tem condições, isso implica problemas para a população, eles têm que ir para outras unidades de saúde distante da comunidade. Isso não depende da equipe de saúde, pois são necessários recursos para a reparação do mesmo, que será resolvido quando a nova unidade for construída.

A unidade de saúde tem todo o equipamento necessário para fazer o trabalho, todos os escritórios estão bem equipados e é realizada manutenção uma vez por ano. Os materiais e insumos na unidade são solicitados uma vez por mês e não temos falta de nenhum, de acordo com as necessidades de cada área de

trabalho e apenas alguns antibióticos não são suficientes para todo o mês, mas alternativas são procuradas quando eles podem ser substituídos, dependendo da doença.

Os profissionais da UBS participam do processo de territorialização da área, mapeando e identificando grupos, famílias, indivíduos em risco, doenças crônicas e transmissíveis, tuberculoses e hanseníases. Todos os profissionais são envolvidos neste processo, sendo mais o agente comunitário que participam do processo, como a população que vive na comunidade e são conhecidos, também funcionários envolvidos da Secretaria Municipal de Saúde. Na minha unidade não podemos fazer pequenas cirurgias, pois não temos instrumental recomendado para a realização dos mesmos. Usuários que necessitam deste procedimento são encaminhados para serviços de emergência. Eu não tenho na minha unidade de saúde drogas de emergência para tratar usuários e os mesmos são encaminhados para as unidades de emergência. Os agentes comunitários fazem a busca ativa de usuários que não frequentam consultas agendadas com doenças crônicas mediante visitas domiciliares. Um problema na minha unidade é que nem todos os membros de equipe realizam visitas domiciliares, apenas são realizadas pelo técnico de enfermagem, médicos e agentes comunitários. Profissionais da UBS fazem pesquisa ativa dos grupos de risco, a famílias e cada usuário individual. É feito atividades educativas de saúde na área da comunidade, também são realizadas visitas para quem não frequentam as consultas agendadas.

A população total da unidade é de 2.656 usuários com um total de 908 famílias cadastradas. A população total é compatível como número de pessoas na equipe de saúde. Eu acho que está de acordo com os números da população estimada em geral. A Distribuição da população por sexo e faixa etária se dá da seguinte forma:

Quadro 1: Número de pessoas na área de abrangência da UBS por faixa etária.

Sexo	Faixa Etária										Total
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	
Masculino	2	78	55	102	167	109	387	109	103	95	1207
Feminino	6	70	55	111	178	139	497	137	117	139	1449
Nº Pessoas	8	148	110	213	345	248	884	246	220	234	2656

Na unidade trabalhamos com uma boa organização. O trabalho é muito bem planejado e a equipe de saúde é suficiente para o atendimento de todos os usuários. A sala de esperada unidade é pequena e não tem o conforto necessário para o atendimento e acolhimento dos usuários, por isso a estratégia de agendar por horário e deixar só para atendimento espontâneo às consultas de urgências. Todos os profissionais participam do bom acolhimento. Este é realizado na sala de acolhimento, onde se localiza a ficha individual do usuário independentemente do cargo ou função, para identificar os usuários com maior vulnerabilidade. O requerimento de urgência ou emergência é atendido na UBS. A comunidade tem conhecimento de como funciona nosso trabalho graças ao trabalho de orientação e informação ao usuário realizado pela equipe. Os problemas de saúde agudos são aqueles que surgem a partir de uma demanda do usuário que não estava prevista e desencadeiam a necessidade de atendimento imediata e prioritariamente. Na minha unidade de saúde, este tipo de atendimento é trabalhado por todos os profissionais de forma organizada.

Na unidade temos um total de 30 usuários menores de um ano o que representa 57% da média nacional e 12 usuários menores de um ano fora da área. Apesar do indicador ficar acima de 50%, acreditamos que pode ser muito maior devido as mulheres em idade fértil e grávidas , o que acontece é que muitos deles estão fora da área por constantes migrações. Todas as crianças menores de um ano estão com a vacinação em dia, realização de teste do pezinho no prazo adequado de 7 dias e tem orientações na primeira consulta sobre o aleitamento materno e prevenção de acidentes. Na unidade de saúde há um registro organizado

e de fácil compreensão, o que reflete a programação de consultas puericulturas. As puericulturas são realizadas duas vezes por semana, às terças-feiras e quintas-feiras nas horas da manhã pela enfermeira, para crianças com menos de um ano. Nenhuma com mais de um ano é realizada. As consultas são agendadas mensalmente, realizando os mesmos protocolos de atendimento registrados e são feitos com qualidade, toda equipe de saúde envolvida em atividades ou a saúde das crianças.

As consultas pré-natais são realizadas todos os dias, programadas individualmente para cada mulher grávida sendo a maioria feita pela enfermeira. Na minha unidade de saúde temos um total de 20 grávidas cadastradas na minha área com uma cobertura de 39,84% e 16 grávidas receberam atenção de fora da área. A atenção ao pré-natal ainda está longe de ser ideal, com todas as especialidades envolvidas nesta consulta e também envolvendo a parte do trabalho social, que eu acredito ser um dos pilares mais importantes dos quais deve passar uma visita pré-natal. O trabalho da minha unidade de saúde com consultas de pré-natal não é ruim, mas ainda precisamos melhorar as visitas domiciliares, onde podemos dar orientações sobre a gravidez e a importância da consulta pré-natal, e consultas, são alcançadas, em grande medida com a qualidade exigida. Existem protocolos onde consultas pré-natais são realizadas conforme exigido pelo MS. Consultas pré-natais são planejadas por meses, as ações são realizadas com as grávidas duas vezes por mês participa toda a equipe de saúde. As consultas têm boa qualidade e o registro existente na UBS é visitado em caso a grávida não frequentam pré-natal. A dificuldade de consulta pré-natal com a minha UBS não está atendendo 100% das grávidas consultas deve-se ao fato das mesmas estarem em boas condições de saúde e acham que não é necessária a consulta.

Na unidade de saúde a prevenção do câncer do colo do útero é realizada através dos exames de citologias, às terças-feiras e quintas-feiras sempre no horário da manhã. Às coletas são feitas pela enfermeira e todas as mulheres da área foram incluídas no programa. Na minha unidade existem protocolos que são usados para a prevenção do câncer de uterino e câncer de mama, bem como arquivos para as mulheres do programa acessíveis e fáceis de verificar. Temos um total de 505 mulheres entre 25 e 64 anos, cadastradas no programa para prevenir o câncer do colo do útero que corresponde a 90% de cobertura e considero este indicador muito bom. Com uma percentagem de positividade muito baixa, isso significa que as

mulheres com citologia realizada uma vez por ano, tal como indicado pelas MS, são susceptíveis de diagnóstico precoce e solução sem risco de morte por esta causa. O programa de câncer de mama tem um total de 132 mulheres compreendidas entre 50 e 69 anos residentes na minha área e cadastradas no programa o que representa 100% do indicador de cobertura, todas com identificação dos riscos associados. Em minha opinião, estes dois programas, cânceres de colo de útero e de mama funcionam bem na minha unidade. Só precisamos manter a importância do mesmo para prevenir doenças que têm ainda mais solução apenas com a realização de um exame. Ainda, em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama: palestras educativas são realizadas com esses grupos de mulheres, duas vezes por mês, com a participação de equipe de saúde, informando os usuários que estão no tempo para fazer a citologia. De rastreio do câncer da mama também é realizado com o exame das mamas feito em consulta, pela enfermeira e médica, além de mamografia e USG mama indicado, se necessário.

Temos um total de 148 usuários hipertensos cadastrados (32%) que é um percentual muito baixo para a população total da área e da média nacional. Estima-se que mundialmente a hipertensão afete uma em cada três pessoas de mais de 25 anos de idade. O mesmo acontece com diabetes, há um total de 26 usuários, 20% do total de cobertura. Ainda para diabéticos existem atrasos de 31% nas consultas programadas e, no caso dos hipertensos 17% das consultas estão atrasadas. As consultas são planejadas a cada três meses e também há atendimentos a livre demanda quando necessário. Existe um manual na unidade para atendimento de usuários diabéticos e hipertensos, bem como arquivos específicos para estas patologias, através de seu controle de consultas programadas. Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos se realizam ações: palestras educativas que são realizadas duas vezes por mês, com grupos de hipertensos e diabéticos e toda equipe de saúde participar, além que está sendo realizada pesquisa com 100% da população adulta, em consulta e visitas domiciliares. Também são realizados teste de glicose nos usuários com fatores de risco para diabetes. Estes usuários serão agendados consultas a cada três meses para controlar sua doença e indicação de exames complementares..

Os idosos são tratados como um grupo prioritário dentro de toda a população, e são atendidos todos os dias, de segunda a quinta-feira de manhã e tarde, além de atender também aqueles que vêm para a unidade de saúde fora de área. Temos

um total de 170 pessoas com mais de 60 anos, 125 deles são hipertensos (74%) e 18 diabéticos (18%). Para todos os idosos que fizeram a avaliação multifuncional, se avalia o risco de cada um e do grau de fragilidade. Na minha unidade são feitas, com a participação de toda equipe, atividade com idosos duas vezes por mês, com temas de interesse para esta idade como os hábitos alimentares, obesidade, abuso de substâncias(álcool e tabaco) e importância da prática exercícios física . Fazemos visitas domiciliares aos idosos acamados e que estão doentes e incapazes de chegará unidade de saúde.

Depois de analisar todas as questões relacionadas com a análise situacional posso definir alguns desafios importantes tais como: conseguir ver em consulta, 100% dos nascidos vivos e com acompanhamento adequado por mês. Realizar consultas sobre as puericulturas UBS para crianças com mais de um ano. Cadastrar 100% da área das mulheres grávidas e alcançar a realização de consultas pré-natais como estabelece o Ministério da Saúde. É um objetivo encontrar os usuários com doenças não transmissíveis, ainda não diagnosticados na comunidade como a hipertensão e a diabetes.

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

Comparando o texto inicial sobre o estado da ESF e relatório situacional pode dizer que eu continuo trabalhando na mesma unidade com a mesma equipe de saúde da unidade de saúde. A unidade permanece em estado construtivo, até o final do ano que se iniciará reparo da mesma. Conseguimos aumentar o atendimento de usuários com doenças crônicas a consultas programadas. Continuando doenças respiratórias como a principal causa de consulta e também as doenças diarreicas. Conseguimos no meu trabalho e da equipe de saúde modo de estilos de vida de mudança, muitas vezes modificar fatores de risco dos usuários e familiares, continuou trabalhando com grupos prioritários, com maior qualidade do que no início. Palestra educativa para grupos é mantida duas vezes por mês, c incorporação de muitos mais usuários. A relação coma população é muito bem aceito por 85% deles e também com a equipe de saúde da unidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal terminal. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% das populações de 40 anos e mais e esse número é crescente e cerca de 10 milhões são diabéticos. No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renais crônicas submetidos à diálise. Obviamente estratégias de saúde pública são necessárias para abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida na atenção primária de saúde que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e DM.

Minha unidade de saúde tem 148 Hipertensos (32% da estimativa) e um total de 26 Diabéticos (20% da estimativa) do total da população com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Em nossa unidade tem condição para fornecer acompanhamento a 100% de hipertensos e diabéticos da área. As consultas dos Hipertensos e Diabéticos são agendadas na parte da manhã e da tarde, duas vezes semana e estes usuários com doenças crônicas agenda consultas a cada três meses. Eles realizam exame físico completo com qualidade, exames complementares que estão indicados uma vez por ano e no caso dos diabéticos indicam glicemia capilar a cada três meses. Em grupos de hipertensos e diabéticos são realizadas atividades educativas duas vezes por mês com toda a equipe de saúde sobre fatores de risco e complicações dessas enfermidades, alimentação saudável, cuidados dos pés em usuários diabéticos, nutrição, a importância de se fazer o tratamento todos os dias.

O trabalho de intervenção será importante pela alta incidência de usuários com estas doenças e a baixa cobertura dos mesmos na área de abrangência. A hipertensão e diabetes são doenças que trazem certo grau de incapacidade nos usuários pelas complicações que elas provocam. Esta intervenção vai permitir pesquisa dos usuários de área que ainda não tem diagnóstico, nem tratamento, evitando complicações e conseguindo aumentar a qualidade de vida dos usuários. Toda equipe de saúde estará envolvida neste trabalho, sem a sua participação não seria possível para a realização do mesmo.

As principais dificuldades que existem em minha unidade são: temos pouca assistência dos usuários a consulta agendadas para o controle, poucas visitas domiciliares aos usuários com doenças crônicas, o abandono do tratamento, percentagem baixa dos usuários vistos por equipe odontológica. Não temos limitações existentes, só podemos trabalhar sobre a intervenção com a ajuda de toda a equipe. Vamos planejar pesquisa dos usuários por trabalhador e área de comunidade e famílias, aumentar o número de consultas semanais para os usuários diabetes e com hipertensão, aumentar as visitas domiciliares aos usuários de consulta ausente e aumentar o número de palestras educativas. Este projeto vai melhorar muito os cuidados de saúde e a qualidade da comunidade e eles terão mais conhecimento sobre estas enfermidades, fatores de risco e complicações, bem como aumentar o número de usuários acompanhados na unidade que é o objetivo principal do mesmo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral.

Melhorar a qualidade da atenção à saúde ofertada aos usuários Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I, Rio Branco, Acre.

2.2.2 Objetivos específicos e metas.

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde Cadeia Velha I
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.

5. Mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

6-Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.3-Metas

Metas relativas ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde Cadeia Velha I

Meta 1.1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Miletos na Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I

Meta 1.2: Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Miletos na Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I.

Metas relativas ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Metas relativas ao Objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

Metas relativas ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia.

A intervenção está estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas, na Unidade de Saúde da Família Cadeia Velha I, município Rio Branco, Acre. Para coleta de dados será utilizando o formulário de anamnese na primeira consulta e consultas subsequentes, planilha coleta de dados. Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência e cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Será utilizado o Caderno de atenção Básica Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013) e Cadernos de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde (2013).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde Cadeia Velha I.

Meta 1.1-Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2- Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa.

Detalhamento: Confeccionar um registro de Hipertensos e Diabéticos cadastrados com os dados gerais data de consulta feita e data da próxima consulta, o qual será revisado pela equipe diariamente.

- Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos hipertenso/diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde fizeram levantamento em visita domiciliar confirmando os cadastros e repassando para a enfermagem.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS/DM.

Detalhamento: Prepararemos a equipe de saúde para melhorar o acolhimento dos usuários de HAS-DM com um bom relacionamento humano.

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

Detalhamento: A enfermagem irá providenciar com os gestores municipais o material necessário para medir a pressão arterial a usuários hipertensos e diabéticos.

- Engajamento público:

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

Detalhamento: A equipe de saúde informara nas palestras, visitas domiciliares e no mural sobre o programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A equipe de saúde informara a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A equipe de saúde informará a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A equipe de saúde informara a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, sobre alimentação saudável, prática de exercício físico e mudar estilo de vida nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

-Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Todos os meses haverá uma reunião preparatória para ACS planejada pela enfermeira e pelo médico sobre o cadastramento de hipertenso-diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

Detalhamento: No primeiro mês, haverá uma planejada pela enfermeira e pelo médico sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa.

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

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

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

- Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertenso-diabéticos.

Detalhamento: Em todas as consultas o médico irá fazer exame clínico dos usuários hipertenso-diabéticos será monitorado mediante o prontuário.

- Organização e Gestão do serviço:

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

Detalhamento: É definida pelo o médico em reuniões de equipe as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos/diabéticos.

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

Detalhamento: Todos os meses serão planejados uma capacitação (médico e enfermeiro) dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: O médico estabelecerá periodicidade para atualização dos profissionais começando primeiro com os agentes comunitários de saúde e depois o resto da equipe.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Temos na unidade de saúde os protocolos atualizados.

- Engajamento público.

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

Detalhamento: A equipe de saúde informou a comunidade sobre aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

- Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: No primeiro mês, haverá uma capacitação para equipe planejada pela enfermeira e pelo médico sobre a realização de exame clínico apropriado.

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

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

- Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: A equipe de saúde vai monitorar semanalmente o número de hipertensos/Diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como

protocolo adotado na unidade de saúde a través de visitas domiciliares e revisão de prontuário.

- Organização e Gestão do serviço.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Em todas as consultas o médico vai a garantir a solicitação dos exames complementares dos usuários hipertenso e diabéticos.

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

Detalhamento: Os gestores se comprometeram a garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A equipe de saúde vai estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados e avaliaram-nos mesmos nas reuniões da equipe mensal.

- Engajamento público.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: A equipe de saúde informou a comunidade sobre quanto a necessidade de realização de exames complementares nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A equipe de saúde informou a comunidade sobre quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

- Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Será realizado uma capacitação para equipe planejada pela enfermeira e pelo médico para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde referente a solicitação de exames complementares.

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

-Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: Em todas as consultas o médico vai monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia ajudados por ACS, a enfermeira e administrativa.

- Organização e Gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A administrativa e a técnica de enfermagem realizarão o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos mensal.

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

Detalhamento: A administrativa e a técnica de enfermagem desenvolverão um registro atualizado das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Engajamento público.

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

Detalhamento: A equipe de saúde informara a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

- Qualificação da pratica clinica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: A médica atualizará a equipe quanto ao tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: Faremos uma preparatória para a equipe planejada por a enfermeira e médico para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

- Monitoramento e Avaliação.

- Monitorar os hipertensos/diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em todas as consultas a dentista vai fazer um registro dos hipertensos/diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

- Organização e Gestão do serviço.

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

Detalhamento: A dentista vai ampliar o número das consultas na semana para os usuários diabéticos e hipertensos.

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

Detalhamento: A odontologia e o auxiliar de saúde bucal irão organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos/diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Engajamento público.

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

Detalhamento: A equipe de saúde informou a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

- Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento: A dentista e o auxiliar de saúde bucal irá treinar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/diabéticos.

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

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

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

- Monitoramento e avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas de hipertensos e diabéticos previstas no protocolo.

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários anotarão nos registros planilhas e prontuários dos hipertensos e diabéticos quem tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisa cadastrar-se.

- Organização e gestão do serviço.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Garantir em reunião da equipe que dias na semana médico, enfermagem e ACS irá fazer visitas domiciliares para procurar os hipertensos e diabéticos faltosos a consulta.

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

Detalhamento: As consultas serão planejadas e organizadas a fim de acolher os atendimentos provenientes das visitas domiciliares.

- Engajamento público.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: A equipe de saúde informou a comunidade sobre a importância de realização das consultas nas visitas domiciliares, consultas e palestras de grupos.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão/diabetes.

Detalhamento: ACS, Médicos e enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção escutaram a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão/diabetes. Também aproveitaremos as reuniões com o Conselho de Saúde da Comunidade.

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

Detalhamento: Através de palestra na comunidade e em visitas domiciliares serão esclarecidos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

- Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Todos os meses darão uma preparatória para ACS planejada por a enfermeira e médico sobre a prioridade de as consultas de hipertensos e diabéticos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários de saúde anotarão nos registros, planilhas e prontuários dos Hipertensos e diabéticos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisa cadastrar-se.

-Organização e gestão do serviço:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: O médico, enfermeira e Agentes Comunitários de saúde alimentarão as informações do SIAB mensal.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários de saúde anotarão nos registros, ficha de acompanhamento e prontuários dos hipertensos e diabéticos a periodicidade das consultas programadas.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde em pacto unido, anotarão nos registros todas as informações dos hipertensos e diabéticos.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico, com ajuda da enfermeira, é responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde fizeram um registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

- Engajamento público.

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

Detalhamento: Vai acontecer todos os meses, daremos uma preparatória planejada por a enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde, também ações com a comunidade todos os meses sobre os direitos de estes grupos.

-Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Detalhamento: Todos os meses serão realizados uma capacitação planejada pela enfermeira e grupo municipal de promoção de saúde para treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira treinarão a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas mensais.

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

Metas: 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde anotarão nos registros, planilhas, prontuários e mapa das pessoas hipertensas e diabéticas que tem maior risco de morbi mortalidade, acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas

- Organização e gestão do serviço.

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: O médico realizara duas consultas por mês para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O médico organizará a agenda almejando o aumento das consultas semanais para o atendimento destes usuários.

-Engajamento público.

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

Detalhamento: O médico, agentes comunitários de saúde e enfermeira, informará a população em consultas, visitas domiciliares e em conversa na recepção quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

- Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Detalhamento: Todos os meses serão realizados uma capacitação planejada pela enfermeira e médico, a fim de treinar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Todos os meses têm uma preparatória planejada pela enfermeira, para treinar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Todos os meses têm uma preparatória planejada pela enfermeira e médico para treinar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

- Monitoramento e Avaliação.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos/ diabéticos.

Detalhamento: Serão realizadas orientações nutricionais aos hipertensos e diabéticos, durante as consultas pelo nutricionista do município uma vez por mês.

- Organização e Gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: O nutricionista do município organizara, em reuniões do grupo com hipertensas e diabéticas práticas coletivas sobre alimentação saudável uma vez por mês.

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

Detalhamento: O médico em conjunto com o gestor demandara parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade todos os meses.

- Engajamento público.

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

Detalhamento: O médico, agentes comunitários de saúde e enfermeira, informará a hipertensos/diabéticos e seus familiares em consultas, visitas domiciliares sobre a importância da alimentação saudável.

- Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Todos os meses haverá uma capacitação planejada pela enfermeira e médico para treinar a equipe de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: Todos os meses haverá uma capacitação planejada pelo médico para treinar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

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

- Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe referente as ações para atividade física regular aos hipertensos/diabéticos e a realização das orientações deverá ser registrada pela enfermeira para monitoramento.

- Organização e Gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: O médico e enfermeira em reuniões do grupo com hipertensos e diabéticos orientara sobre importância de atividade física uma vez por mês.

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

Detalhamento: O médico em conjunto com o gestor demandara parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

- Engajamento público.

- Orientar hipertensos/Diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: O médico, agentes comunitários de saúde e enfermeira, informara a hipertensos/diabéticos e a comunidade em consultas, visitas domiciliares sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pela enfermeira para treinar a equipe de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pelo médico para treinar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

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

- Monitoramento e Avaliação.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe referente as ações sobre riscos do tabagismo aos hipertensos/diabéticos e a realização das orientações deverá ser registrada pela enfermeira para monitoramento.

- Organização e Gestão do serviço.

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

Detalhamento: O médico demandará ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

- Engajamento público.

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

Detalhamento: O médico, agentes comunitários de saúde e enfermeira, informará a hipertensos/diabéticos e em consultas, visitas domiciliares sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pelo médico para treinar a equipe de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: Todos os meses ocorrerão uma capacitação planejada pela médico para treinar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

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

- Monitoramento e Avaliação.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento: Serão definidos os papéis de cada membro da equipe referente as orientações sobre higiene bucal aos hipertensos/diabéticos e a realização das orientações deverá ser registrada pela dentista e auxiliar de dentista para monitoramento.

- Organização e Gestão do serviço.

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

Detalhamento: O dentista organizara o tempo médio para realizar exame bucal a todos os usuários hipertensos e diabéticos em consultas ou visitas domiciliares, com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

- Engajamento público.

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

Detalhamento: A equipe de saúde orientará os hipertensos/diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal em consultas e visitas domiciliares.

- Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O dentista e auxiliar do dentista treinarão a equipe de saúde para oferecer orientações de higiene bucal mensal.

2.3.2 Indicadores.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde Cadeia Velha I

Meta 1.1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador. 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador. 6.3 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística.

O protocolo e/ou manual técnico que será adotado é o Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus Ministério da Saúde, (2013) e Cadernos de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica, Ministério da Saúde (2013) já disponível na unidade de saúde. Para organizar o registro específico da intervenção e poder coletar todos os dados, utilizaremos o prontuário de usuários hipertensos e diabéticos e a ficha espelho disponibilizada pelo curso e já disponível na unidade com ajuda da enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde. Temos na unidade de saúde o equipamento necessário para medir pressão arterial e para teste de glicose no sangue aos usuários que participaram na intervenção.

A Equipe de saúde está trabalhando de forma integrada e participativa na tentativa de prevenir os problemas de Saúde encontrados na comunidade e principalmente dos Hipertensos e Diabéticos. A equipe de saúde da família reúne-se semanalmente para discutir as deficiências encontradas na semana anterior e reprogramar atividades para a recuperação de todas as ações que ficaram pendentes. Os indicadores necessários ao monitoramento estão nas fichas espelhos que vai ser usado pela intervenção.

Nas visitas domiciliares e consultas, a comunidade será informada sobre a existência do programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes Mellitus. Serão dadas informações sobre o rastreamento para diabetes mellitus com pressão arterial maior de 135\80 mmhg, a importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos, e realizar glicemia a usuários diabéticos e que cheguem a consulta por qualquer motivo pelo menos, uma vez por ano e será feito pela equipe de saúde da unidade básica de saúde mediante palestras informativas. Além disso, serão dadas orientações sobre fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Também haverá atualização mensal em visitas domiciliares da população sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia popular.

Para prevenir e evitar complicações destas doenças, a equipe vai fazer o trabalho de intervenção. O médico e enfermeiras treinaram em reunião de equipe os agentes comunitários de saúde na verificação da pressão arterial corretamente, incluindo uso adequado de instrumentos apropriados para eles. Os agentes comunitários de saúde revisarão mensalmente os prontuários e as fichas espelhos juntos com o médico (responsável da intervenção) para consolidar as informações e anotaram planilha eletrônica. Em reunião de equipe, quantificaremos os exames de laboratório indicado e faremos uma análise dos usuários faltosos a exames já marcados anteriormente. Daremos a responsabilidade a todos os agentes comunitários de saúde de recuperar tais exames por usuários. O médico e enfermeiras em reunião de equipe treinarão a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares em usuário diabéticos e hipertensos.

Para garantir a consulta com dentista para usuários hipertensos e diabéticos, planejará em reunião de equipe com odontólogo para que haja uma avaliação de suas necessidades, através de um agendamento na UBS. A equipe informará a comunidade sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal em palestras do grupo e em visitas domiciliares. O nosso trabalho terá como objetivo a prevenção de problemas que poderão surgir, caso não haja cuidados por parte dos usuários. A equipe em visitas domiciliares e palestras à comunidade, falará sobre a maneira correta da escovação, fazendo uso de creme dental, escovas e fio dental, sob a responsabilidade do auxiliar de saúde bucal.

A equipe realizará reuniões, semanalmente, visando o monitoramento da qualidade do registro de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Verificaremos se não há falta de dados para que tenhamos registros atualizados, tendo como responsável o enfermeiro e agente comunitário de saúde. Também o médico, com ajuda da enfermeira e os agentes comunitário de saúde disponibilizarão a Caderneta de Saúde dos hipertensos e diabéticos e monitorarão os registros. Esse registro nos permitirá viabilizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas e acompanhamento, exames complementares, a não realização da estratificação de risco e ao estado de compensação da doença. A equipe informará aos usuários e comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde em visitas domiciliares, consultas e palestras educativas.

A equipe de saúde receberá orientação e capacitação da nutricionista da UBS em reunião de equipe. Junto à alimentação saudável, há uma orientação sobre a importância da prática de atividade física regular, com a orientação a toda equipe para que estejam conscientes sobre a importância de eliminar fatores de risco a hipertensos e diabéticos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas.

O período das 12 semanas da intervenção teve um cronograma que foi cumprido e realizamos todas as ações propostas com um controle semanal para a conformidade de todas as ações.

Para cumprirmos as ações destinadas à organização e gestão do serviço, se acolheram e se cadastraram todos os usuários hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde da área de abrangência por demanda espontânea e demanda induzida. Todo usuário que chegava a nossa unidade, foi acolhido corretamente, após o acolhimento fizemos uma revisão no livro de registros e preenchemos a ficha espelho, com seus dados. Informamos para toda a comunidade a existência em nosso posto de saúde, do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, informando as tarefas e ações a realizar dentro de nosso projeto de intervenção, falamos com a comunidade da função de cada pessoal de nossa equipe de saúde. Realizamos palestras na sala de espera na unidade de saúde, quase todos os dias das semanas sempre pela manhã e delas participavam a enfermeira, a médica, os agentes comunitários de saúde e técnica de enfermagem.

Fizemos o monitoramento da cobertura de detecção de usuários hipertensos e diabéticos, monitoramos os exames laboratoriais em dia e que estejam adequadas para cada usuário, cumprindo com a periodicidade da realização destes exames previstos segundo como estabelece os protocolos do ministério de saúde, organizou-se um arquivo para acomodar os resultados os exames e a enfermeira foi a responsável pelo monitoramento das adequabilidades dos registros com ajuda da equipe de saúde, durante toda a intervenção buscamos estratégias para garantir a realização destes exames. Uma estratégia muito satisfatória em nosso trabalho foi

falar com o gestor municipal e pedir seu apoio, facilitando a realização de exames a estes usuários.

Todos os hipertensos e diabéticos receberam também orientação sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes que foram acompanhados na unidade de saúde e nas visitas domiciliares. Se monitorar também a qualidade dos registros de usuários hipertensos e diabéticos e avaliação de riscos de cada um deles e receberam orientações sobre sinais de alerta para as duas doenças.

Os usuários de maior risco de complicações se classificaram, estabelecendo um acompanhamento diferenciado, priorizando as vagas para realizar exames e atendimento clínico em nossa unidade de saúde, sendo encaminhados para especialistas quando foram necessários. Fizemos visitas domiciliares aos usuários com busca ativa de faltosos a consulta e também para pesquisar usuários novos. Fizemos atendimento clínico a todos os usuários visitados e o exame clínico foi feito a todos os usuários nas consultas.

Todos os tempos da intervenção se ofereceram medidas para modificar e combater os fatores de risco de usuários hipertensos e diabéticos, realizando atividades de promoção de saúde com o objetivo de diminuir as doenças e complicações na comunidade. Também fizemos na comunidade atividades com eles com a finalidade de evitar as complicações das doenças e para prevenir e diminuir a incidência delas. Fizemos atividades em grupos de hipertensos e diabéticos com muito boa participação em que falamos de alimentação saudável, prática de exercícios físicos, evitem o stress, falamos também sobre a higiene adequada, diminuir a quantidade de pessoas fumantes e explicar os riscos para sua saúde e a de sua família.

Todos os usuários na comunidade foram orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde no serviço e a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário, orientação esta, muito útil para os usuários, já que muitos deles não sabiam a existência destes registros. Fizeram-se muitas atividades de palestras com a comunidade com o objetivo de esclarecer a importância destas duas doenças crônicas, de seus fatores de risco e complicações, da realização dos exames laboratoriais e exame clínico em dia na população de maior risco e com a periodicidade preconizada para a realização destas. Tivemos o apoio positivo da comunidade e das lideranças de nossa área, ficando nossa equipe muito feliz por isso.

Para qualificar a prática clínica, realizamos ações que visaram capacitar a equipe para ofertar informações, sobre a periodicidade e importância da realização dos exames de laboratório em dia, se capacitou as agentes comunitárias de saúde para o cadastramento dos usuários e estas fizeram o cadastramento de todos os usuários. A enfermeira capacitou os agentes comunitários de saúde, sobre ao controle de peso e altura em cada consulta, com tomada de pressão arterial e realização de glicose no sangue capilar.

Realizamos encontros na unidade de saúde, onde fizemos capacitação para toda a equipe durante as 12 semanas da intervenção duas vezes por semana, na reunião da equipe e uma tarde por semana. Começamos esse trabalho com a capacitação destinada aos agentes comunitários de saúde e a toda a equipe para o registro adequado das informações sobre os usuários hipertensos e diabéticos de nossa unidade e a importância que eles ficaram com todas as informações necessárias. Foi realizada a capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde da unidade de saúde sobre os protocolos de hipertensão arterial e diabetes disponível na unidade de saúde, também se capacitou a equipe sobre avaliação de risco a todos os usuários para estas doenças e possíveis modificações e orientou sobre a prevenção de complicações.

Durante a intervenção se apresentaram algumas dificuldades que pouco a pouco fomos vencendo, como por exemplo, começou a intervenção com equipe de saúde incompleta, sem enfermeira; a demora de entrega dos resultados dos exames laboratoriais, assim como a demora dos usuários que precisamos encaminhar para outra especialidade. Nas primeiras semanas tivemos dificuldades com as fichas espelhos, tínhamos poucas, porém com ajuda do gestor o problema ficou resolvido até finalizar o projeto. A unidade de saúde neste tempo do projeto de intervenção não foi fornecida com os medicamentos para o tratamento do tabagismo. A solução que tivemos para os usuários tabagistas foi ser encaminhados para o centro de referência correspondente a nossa unidade de saúde que é onde há um tratamento e pessoal treinado nesta atividade, sempre coordenando antes de enviar usuários. Outro problema apresentado em nossa unidade de saúde no último período da intervenção, foi a falta de algum medicamento, como o Losartana de 50mg, esta droga que muitos usuários tomam e foi necessário mudar para outros.

Tivemos facilidades também que ajudaram a aprimorar um pouco as dificuldades como toda a equipe se mostrou entusiasmada, apoiando e trabalhando

na intervenção. Os gestores ajudaram oferecendo materiais necessários e se envolveu uma semana na equipe de saúde. Isto foi muito bom e a equipe de saúde era muito comprometida com a intervenção e ajudou muito seu trabalho.

A intervenção para nossa equipe de saúde representou experiências maravilhosas, PNos permitiu conhecer qual é a realidade existente em nossa comunidade, nos ajudou a organizar nosso trabalho com atendimento de hipertensos e diabéticos, trouxe-nos novos conhecimentos em relação ao manejo com os usuários destas doenças crônicas. A equipe ficou mais unida, mais fortalecida com nossa intervenção, segundo os protocolos do ministério de saúde sobre esta ação programática, com maior conhecimento em relação a estes exames, a periodicidade deles, sintomas de alarme destas doenças, sobre fatores de risco e avaliação deles, como fazer mudanças de hábitos e estilos de vida, como criar estratégias para melhorar a saúde. Também fiz com cada um dos integrantes da equipe, que estivesse capacitado para abordar os usuários orientando-os sobre sua doença e a importância de fazer os exames e assistir as consultas para atendimento clínico, foi útil e também colaborou conosco para fomentar uma estratégia para melhorar o acolhimento de cada usuário que chegasse a nossa unidade de saúde.

A intervenção nos permitiu ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade na atenção, melhorar a adesão dos usuários, promover a saúde através de palestras educativas feitas com os usuários, com a intervenção a equipe melhorou os registros das informações destes usuários.

Os usuários hipertensos e diabéticos de nossa comunidade ficaram muito felizes com o trabalho feito pela equipe durante a intervenção, pois tiveram melhor acesso a nossa unidade de saúde, com maior facilidade. Todos manifestam muita satisfação com a qualidade das consultas, com as visitas domiciliares, com as palestras feitas pela equipe.

No final da intervenção nossa equipe reafirma que o programa de atenção a hipertensos e diabéticos vai continuar, vai a continuar sendo parte do nosso trabalho, considerando que é importante um bom acompanhamento do grupo de hipertensos e diabéticos para evitar as complicações e melhorar qualidade de vida dos mesmos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.

Foram desenvolvidas todas as ações previstas no projeto. No tempo que ficamos alagados continuamos o trabalho e a intervenção em locais como escolas, inglesas, carpas, tudo improvisado, porém continuávamos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

Não tivemos dificuldades na coleta de dados e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamos todas as planilhas de coletas de dados a cada semana e analisamos os indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

A intervenção já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da unidade. A população já conhece o trabalho que fazemos com os Hipertensos e diabéticos. A intervenção para nossa equipe representou uma experiência maravilhosa, pois nos permitiu conhecer qual é a realidade existente em nossa comunidade, nos ajudou a organizar nosso trabalho e os atendimentos, e a equipe ficou mais unida, mais fortalecida com nossa intervenção. Para mim, como médica da UBS Cadeia Velha I, nossa intervenção foi uma experiência única, pois me permitiu chegar a cada uma dos usuários hipertensos e/ou diabéticos antes expostos, fazer uma avaliação integral, escutar seus problemas de saúde, trocar experiências e conhecimentos com todos os usuários, fazer uma consulta com muita qualidade, examinar os usuários em cada atendimento clínico, ajudar a melhorar a saúde de todos eles, através de modificações em seus estilos de vida, fazer palestras educativas para promover hábitos e estilos de vidas saudáveis, fazer visitas domiciliares a usuários acamados e atendimento clínico aos mesmos.

Cada gesto de agradecimento, cada sorriso no rosto dos usuários, fez com que eu adorasse a intervenção que foi feita pela equipe. Estou muito feliz, porque tenho certeza que nossos objetivos foram cumpridos, que de forma geral foi melhorar a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em nossa comunidade. A intervenção também permitiu superar-me profissionalmente, e a cada dia amo mais a minha profissão e meus usuários, que são a razão de nosso trabalho.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados.

Minha unidade de saúde Cadeia Velha I tem uma população de 2.656 habitantes, iniciamos a nossa intervenção que foi sobre Hipertensão e Diabetes com um objetivo de contemplar um total de 148 usuários com Hipertensão e 28 com Diabetes, que seriam então cadastrados e acompanhados de forma sistemática. Ao longo da intervenção nossa equipe estava ganhando conhecimento e foi aumentando o número de cadastros semanais e atendimentos. Atingimos em 12 semanas um total de 193 hipertensos e 60 com diabetes.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde Cadeia Velha I

Meta 1.1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I.

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

Na unidade de saúde tinha feito um cadastro de toda a população e usuários hipertensos, mas sabíamos que não estava completo, por isso almejamos ampliar a cobertura em 65% dos hipertensos da área de abrangência. A equipe fez um registro dos nomes dos hipertensos para conhecer os hipertensos inscritos no programa. A quantidade de hipertensão foi de 193.

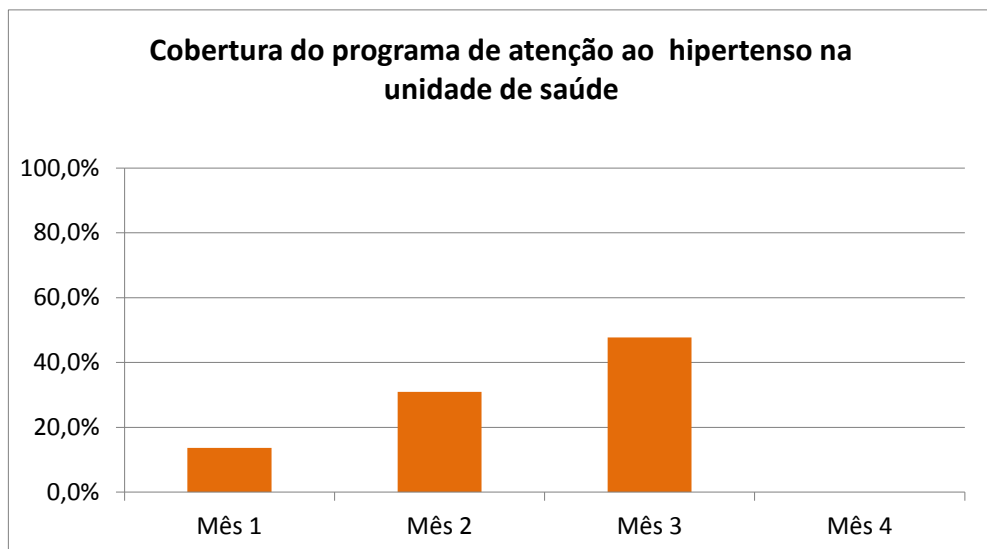


Figura 1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 55 hipertensos, representando 13,6%, no mês 2 foram 125 usuários representando 30,9% e ao final da intervenção, conseguimos acompanhar 193 para 47,8%. Conseguimos aumentar o número de consultas por semana para hipertensos e informamos a população da importância de sua participações no acompanhamento mensal na unidade e sobre o projeto de intervenção realizado na unidade de saúde e benefícios do mesmo.

Meta 1.2: Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Cadeia Velha I.

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

Na unidade de saúde tinha feito um cadastro de todos, os usuários diabéticos, mas sabíamos que não estava completo, por isso almejamos ampliar a cobertura em 60% dos diabéticos da área de abrangência. A equipe fez um registro dos nomes dos diabéticos para conhecer os diabéticos inscritos no programa. A quantidade de diabéticos foi de 60.

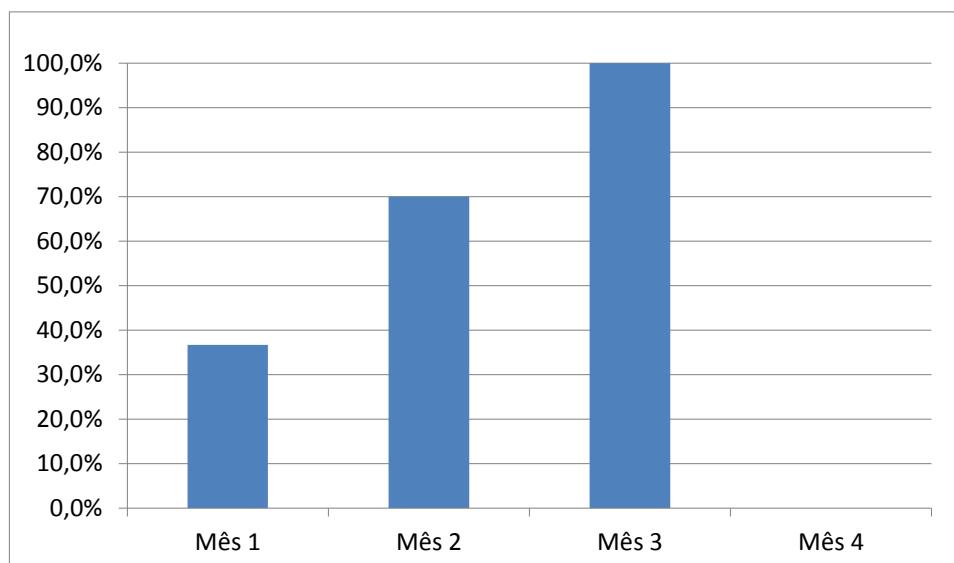


Figura 2. Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 22 diabéticos, representando 22 %, no mês 2 foram 42 usuários representando 42% e ao final da intervenção conseguimos acompanhar 60 usuários para 60%, tendo alcançado a meta que esperávamos. Conseguimos aumentar o número de consultas por semana para diabéticos e informamos a população da importância de sua participação no acompanhamento mensal na unidade e sobre o projeto de intervenção realizado na unidade de saúde e benefícios do mesmo.

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

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

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

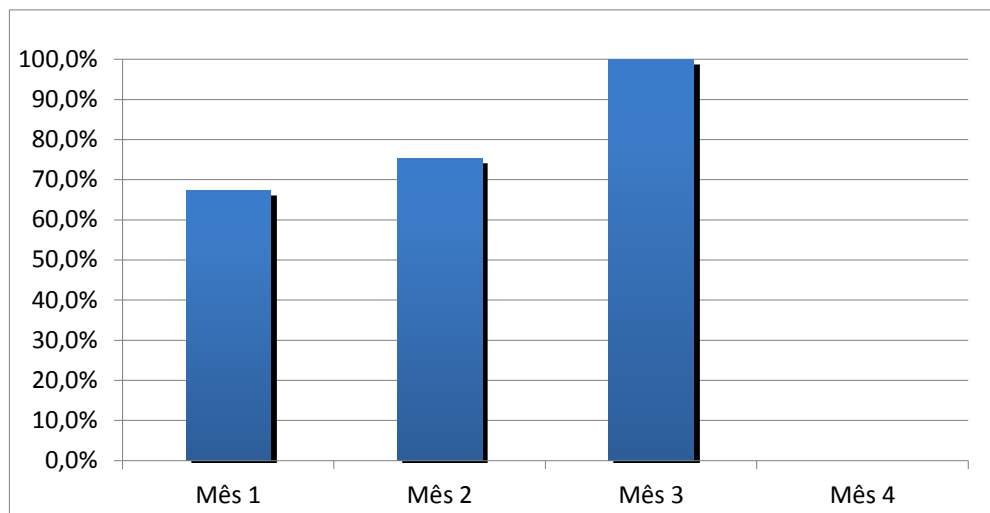


Figura 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínica em dia acordo com o protocolo.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês da intervenção, os hipertensos com o exame clínico em dia foram 37, representando 67,3%, no mês 2 foram 94 usuários, representando 75,2% e ao final da intervenção conseguimos realizar o exame clínica em dia a 193 para 100%, tendo alcançado a meta que esperávamos. O início da intervenção para a família e a comunidade foi de importância e novo, foi difícil reconhecer que tinham que vir as consultas planejadas para controle de sua doença como estabelece o ministério de saúde. Treinamos a equipe de saúde para informar a comunidade do projeto e a importância de prevenir e tratar estas doenças.

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

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

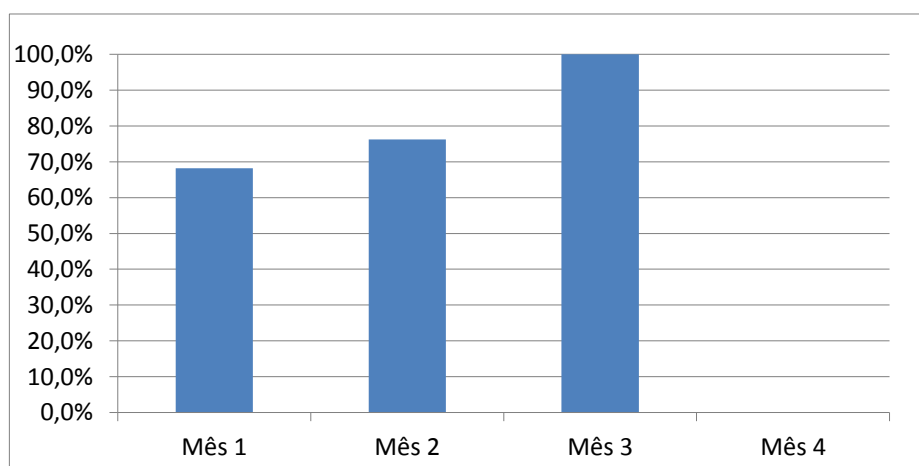


Figura 4- Proporção de diabéticos com o exame clínica em dia acordo com o protocolo.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês da intervenção, os diabéticos com o exame clínico em dia foram 15, representando 68,2 %, no mês 2 foram 32 usuários, representando 76,2% e ao final da intervenção conseguimos realizar o exame clínica em dia em 60 para 100%, tendo alcançado a meta que esperávamos. Treinamos a equipe de saúde para informar a comunidade do projeto, e a importância de prevenir e tratar estas doenças bem como evitar complicações, além disso, planejamos as consultas dos diabéticos por meses.

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

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

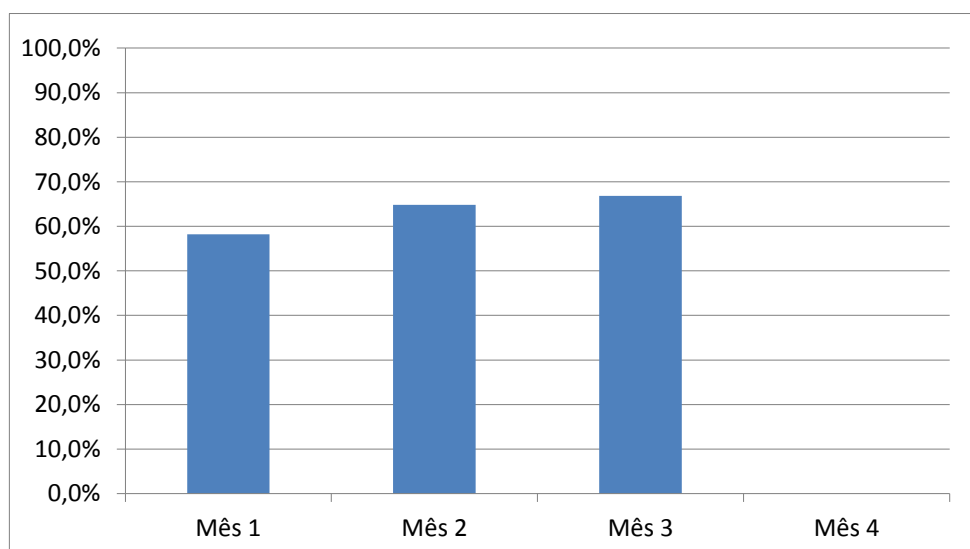


Figura 5- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês da intervenção hipertensos com os exames complementares em dia foram 32, representando 58,2%, no mês 2 foram 81 usuários, representando 64,8% e ao final da intervenção conseguimos realizar os exames complementares em dia a 129 para 66,8%, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários. Porém, a nossa intervenção continua e almejamos com o tempo conseguir realizar os exames complementares em dia aos 100% dos hipertensos da área de abrangência.

Com relação à realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo, esta meta foi cumprida parcialmente, já que a primeira coisa foi conseguir que eles fizessem os exames, mas a dificuldade com a demora de entrega dos resultados dos exames laboratoriais, que com ajuda do gestor municipal chegou a melhorar ao final, mas não foi possível cumprir a meta proposta. Realizamos ações que visaram capacitar a equipe para ofertar informações, sobre a periodicidade e importância da realização dos exames de laboratório em dia aos usuários hipertensos.

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

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

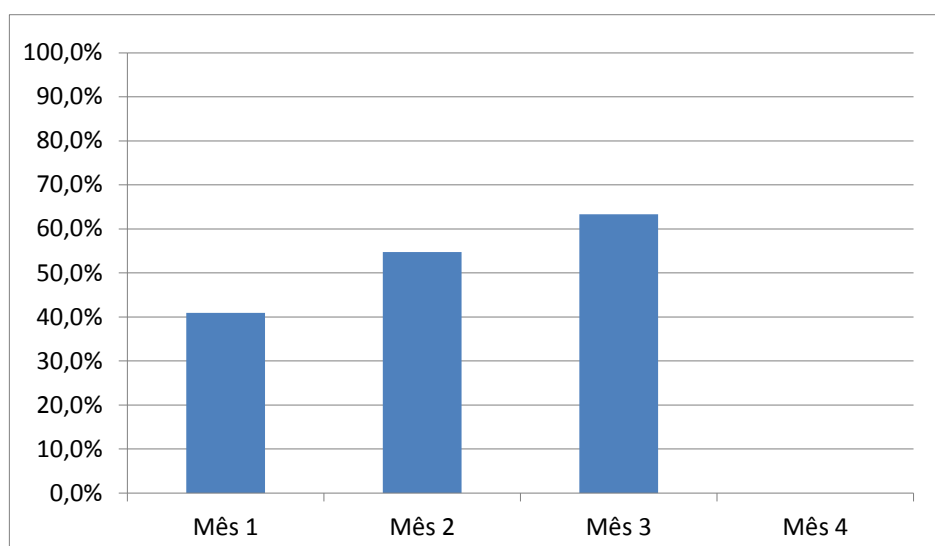


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês da intervenção diabéticos com os exames complementares em dia foram 9, representando 40,9%, no mês 2 foram 23 usuários, representando 54,8% e ao final da intervenção conseguimos realizar os exames complementares em dia a 38 para 63,3%, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários. Porém, a nossa intervenção continua, e almejamos com o tempo conseguir realizar os exames complementares em dia aos 100% dos diabéticos da área de abrangência.

Com relação à realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo, esta meta foi cumprida parcialmente, já que a primeira coisa foi

conseguir que eles fizessem os exames, mas a dificuldade com a demora de entrega dos resultados dos exames laboratoriais, que com ajuda do gestor municipal chegou a melhorar ao final, mas não foi possível cumprir a meta proposta. Realizamos ações que visaram capacitar a equipe para ofertar informações, sobre a periodicidade e importância da realização dos exames de laboratório em dia aos usuários diabéticos.

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

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

No primeiro mês da intervenção hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada foram 55, representando 100%, no mês 2 foram 125 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos realizar os exames complementares em dia a 193 para 100%. Alcançar esta meta teve importância porque conseguimos que os hipertensos tivessem a prescrição de medicamentos de farmácia popular sem dificuldade.

Todos os usuários incluídos na intervenção tomam drogas da farmácia popular, sempre pode verificar que todos estavam disponíveis para usuários diabéticos e hipertensos, só ao final da intervenção faltou a Losartana de 50mg, esta droga que muitos usuários tomam e muitos usuários tiveram que mudar para outras. A equipe de saúde orientou os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Realizamos muitas palestras sobre a importância de tomar drogas indicado pelo médico todos os dias para evitar complicações.

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

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

No primeiro mês da intervenção, os diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada foram 22, no mês 2 foram

42 usuários e ao final da intervenção conseguimos realizar os exames complementares em dia a 60 usuários, correspondendo a 100% nos 3 meses. Alcançar esta meta teve importância porque conseguimos que os diabéticos tivessem prescrição de medicamentos de farmácia popular sem dificuldade.

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

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

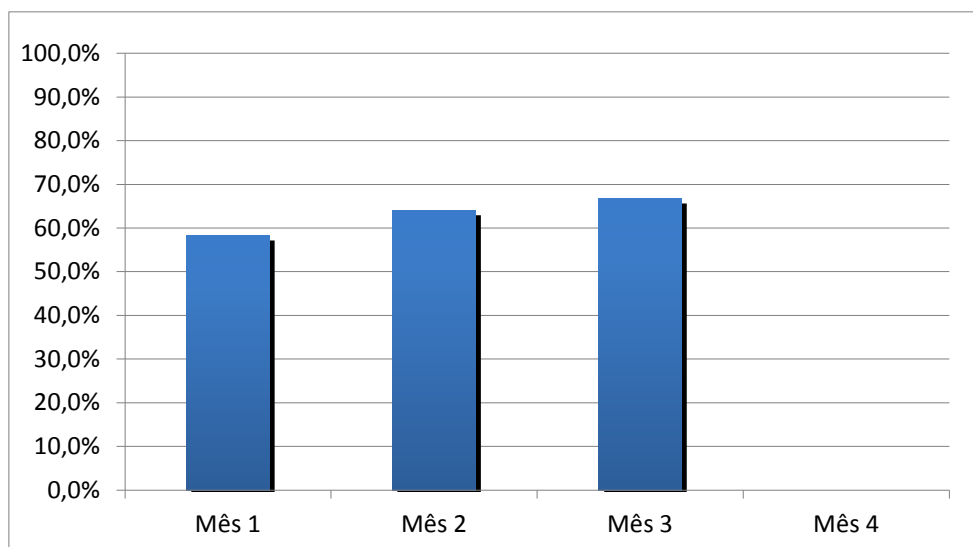


Figura 7 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês da intervenção, os hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foram 32, representando 58,2%, no mês 2 foram 80 usuários, representando 64,0% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 129 para 66,8%, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários. Porém, a nossa intervenção continua e almejamos com o tempo conseguir avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 100% dos hipertensos da área de abrangência.

No início da intervenção eram poucas as consultas odontológicas para os usuários diabéticos e hipertensos, a equipe odontológica não tinha definido consultas para estes grupos de usuários e eles não vinham as consulta para seguimento. Durante a intervenção demos palestras aos hipertensos e diabéticos sobre a importância da consulta odontológica como uma forma de acompanhar a saúde bucal. É importante que os usuários saibam que o exame odontológico é

imprescindível porque permite avaliar as condições particulares de cada usuário, como atuar para conseguir melhores resultados em saúde bucal.

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

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

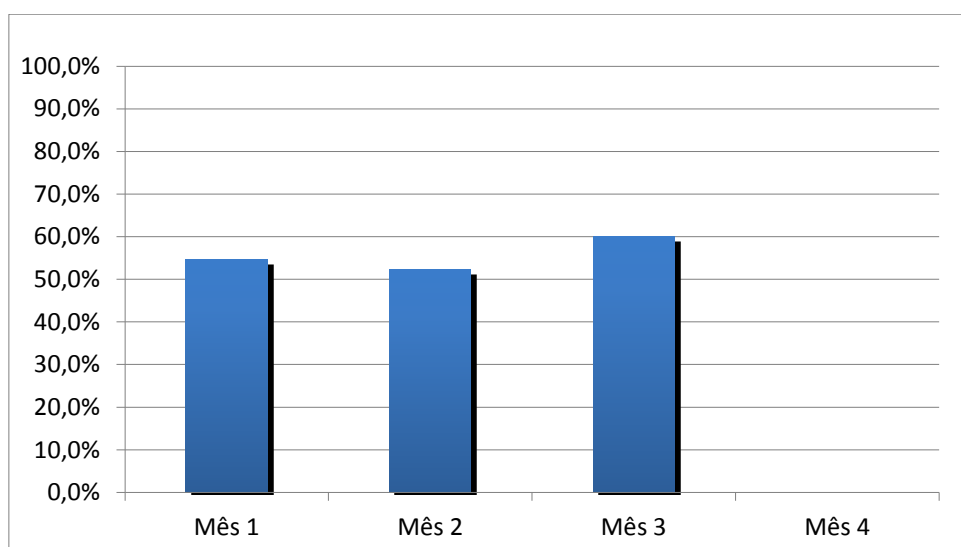


Figura 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês da intervenção, os diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foram 12, representando 54,5%, no mês 2 foram 22 usuários, representando 52,4% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 36 para 60%, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários. Porém, a nossa intervenção continua e almejamos com o tempo conseguir avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 100% dos diabéticos da área de abrangência. A principal dificuldade foi que os usuários não vinham as consultas planejadas e, além disso, muita demanda de usuários para a equipe odontológica que atende a duas unidades de saúde.

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

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

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

No primeiro mês da intervenção, a proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa foram 22, representando 100%, no mês 2 foram 42 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos realizar busca ativa a 59 para 100%.

Antes da intervenção já tínhamos iniciado as consultas de controle aos hipertensos e diabéticos como parte de medicina preventiva, mas não fazíamos busca dos usuários faltosos às consultas. O começo da intervenção foi de muita ajuda para conhecer a importância da busca dos hipertensos faltosos. Como um jeito de monitorar adequadamente estes usuários, fizemos visitas domiciliares aos usuários com busca ativa de faltosos a consulta. Esta busca foi de importância para a comunidade porque poderíamos acompanhar os hipertensos de nossa área de abrangência, planejando a próxima data da consulta.

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

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

No primeiro mês da intervenção, a proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa foram 11, representando 100%, no mês 2 foram 19 usuários, representando 100 % e ao final da intervenção conseguimos realizaras buscas ativas a 21 para 100%. O começo da intervenção foi de muita ajuda para conhecer a importância da busca dos diabéticos faltosos às consultas como um jeito de monitorar adequadamente estes usuários. Fizemos visitas domiciliares aos usuários com busca ativa de faltosos a consulta.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

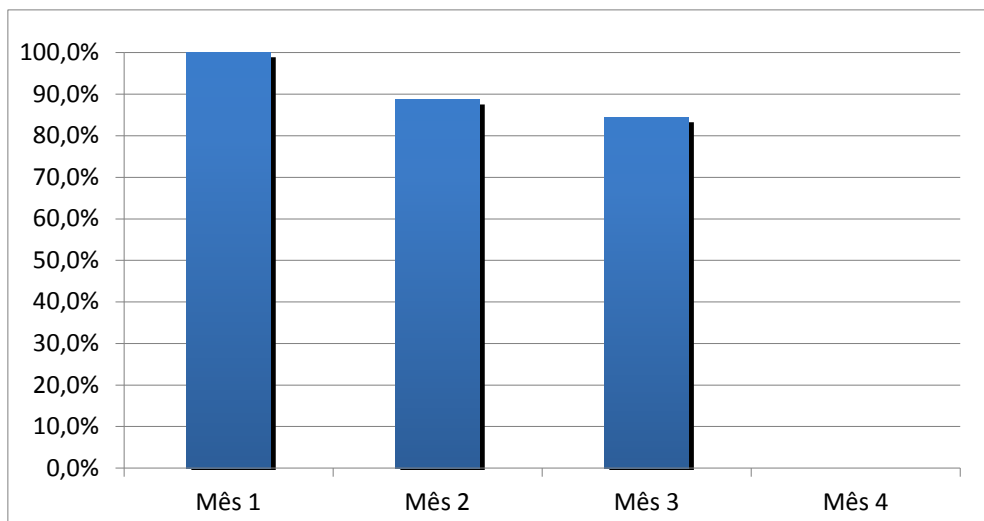


Figura 9: Proporção de hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês da intervenção, os hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento foram 55, representando 100%, no mês 2 foram 111 usuários, representando 88,8% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 163 para 84,5%, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários. Porém, a nossa intervenção continua e almejamos com o tempo conseguir 100% dos hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento em nossa área de abrangência. Mas ao final da intervenção, a equipe teve atraso no preenchimento das fichas espelhos em alguns usuários, os mesmos foram consultados ao princípio da intervenção e depois não retornaram para ser consultados novamente para continuar com o trabalho até o final, principal dificuldade para atingir a meta.

Nossa equipe de saúde fez ações para o cumprimento desta meta, foi feito treinamento sobre o adequado preenchimento dos dados das fichas de acompanhamento, buscando, dentro do possível, monitorar a qualidade dos registros de usuários hipertensos e/ou diabéticos. Antes da intervenção não tínhamos fichas espelho, no mesmo prontuário preenchíamos todas as informações necessárias dos hipertensos e diabéticos. Nas primeiras semanas tivemos dificuldades com as fichas espelhos, tínhamos poucas, porém com ajuda do gestor e equipe de saúde o problema ficou resolvido.

Na sala de acolhimento da unidade a técnica de enfermagem e os agentes comunitários preenchiam os dados gerais na ficha espelho, fazendo com que a consulta fosse mais rápida. Na consulta do usuário após do exame físico e

interrogatório preenchíamos os outros dados até que as fichas espelho tivessem completamente preenchido.

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

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

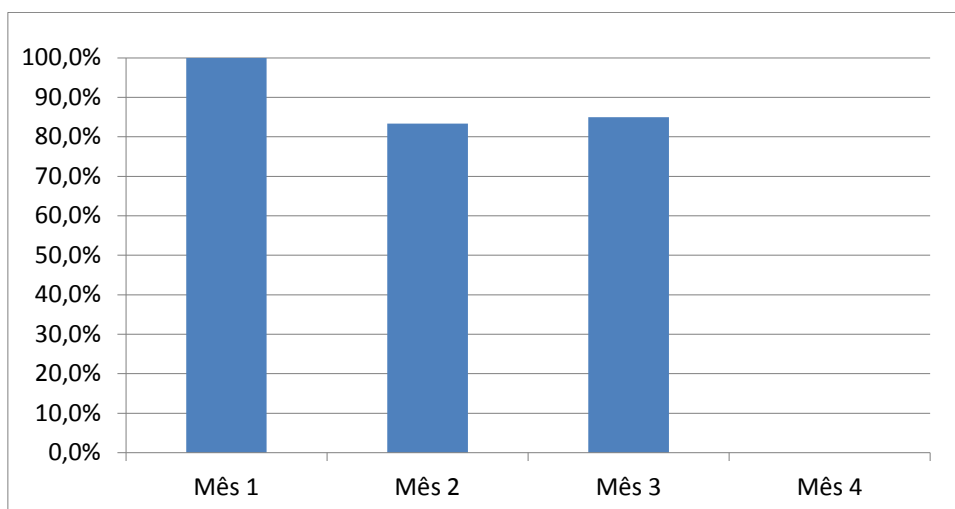


Figura 10: Proporção de diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês da intervenção, os diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento foram 22, representando 100%, no mês 2 foram 35 usuários, representando 83,3% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 51 para 85%, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários.

A principal dificuldade foi quando o usuário se consultava não se revisava a ficha de acompanhamento. Foi dito para o agente comunitário de saúde do usuário, mas em muitos casos foram incompletas. Porém, a nossa intervenção continua, e almejamos com o tempo conseguir 100% dos diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento em nossa área de abrangência.

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

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

Indicador. 5.1- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

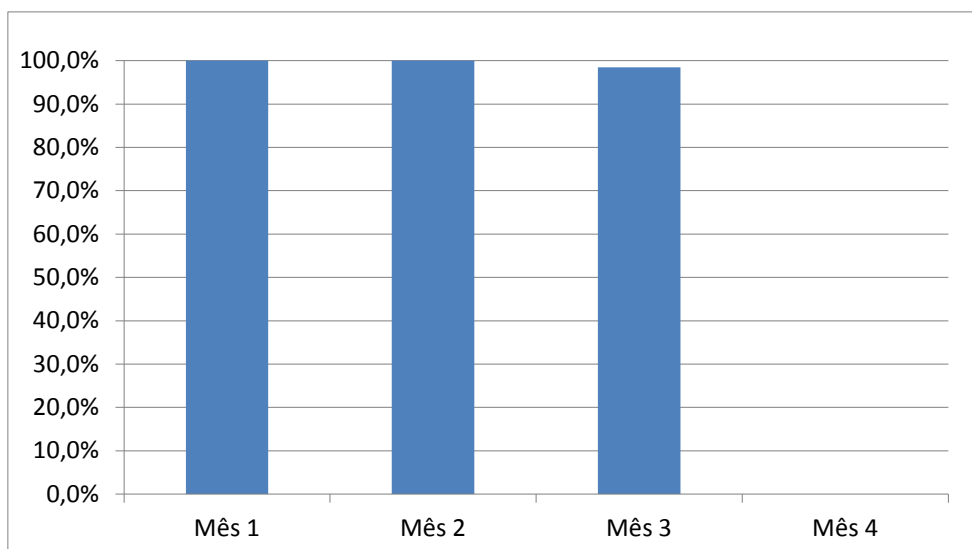


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificações de risco cardiovascular por exame clínica em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês, a proporção de hipertensos com estratificações de risco cardiovascular por exame clínico em dia foram 55, representando 100%, no mês 2 foram 125 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 190 usuários para 98,4%, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários.

Para tentar atingir esta meta fizemos o monitoramento da qualidade dos registros de usuários hipertensos e avaliação de riscos de cada um deles, que receberam orientações sobre sinais de alerta para as duas doenças, todos receberam também orientação sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes que foram acompanhados na unidade de saúde e nas visitas domiciliares. Foi realizada a capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde da unidade de saúde sobre avaliação de risco a todos os usuários para estas doenças e possíveis modificações e orientar sobre a prevenção de complicações.

Os usuários de maior risco de complicações foram classificados, sendo estabelecido um acompanhamento diferenciado, priorizando as vagas para realizar exames e atendimento clínico em nossa unidade. Usuários nesta comunidade migram frequentemente, esta foi a causa porque no final não foi possível cumprir a meta, pois alguns usuários hipertensos e diabéticos cadastrados não está mais em nossa área de saúde.

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

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

No primeiro mês, a proporção de diabéticos com estratificações de risco cardiovascular por exame clínico em dia foram 22, representando 100%, no mês 2 foram 42 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 60 usuários para 100%.

Para tentar atingir esta meta foi realizada a capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde da unidade de saúde sobre avaliação de risco a todos os usuários para estas doenças e possíveis modificações e orientar sobre a prevenção de complicações. Os usuários de maior risco de complicações foram classificados, sendo estabelecido um acompanhamento diferenciado, priorizando as vagas para realizar exames e atendimento clínico em nossa unidade.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

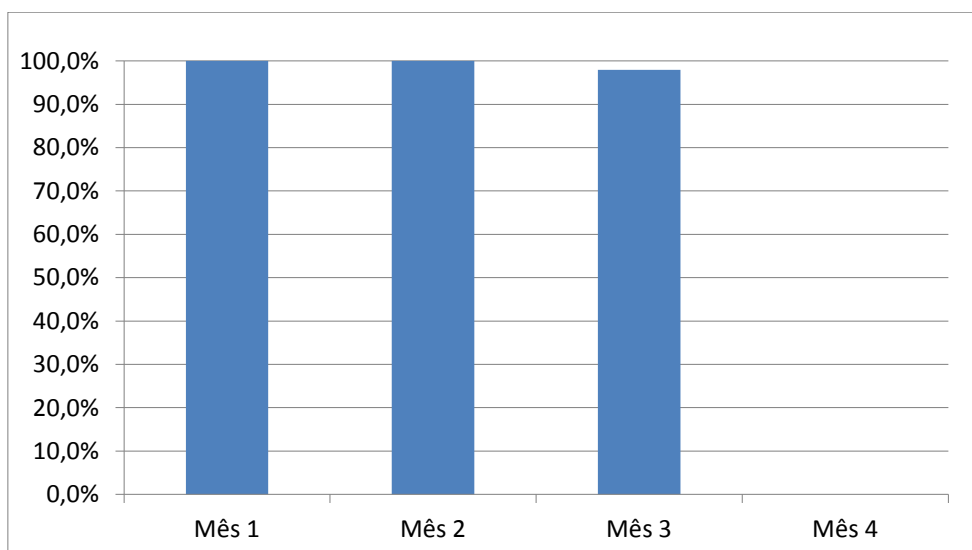


Figura 12: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês, a proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foram 55, representando 100%, no mês 2 foram 125 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 189 usuários para 97,9 %, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários. Porém, a nossa intervenção continua e almejamos com o tempo conseguir 100% dos hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável em nossa área de abrangência, tal como é mostrado no gráfico referente a este objetivo.

Para tentar atingir esta meta, fizemos grande investimento nas ações de educação em saúde junto à comunidade com o objetivo de esclarecer a importância destas duas doenças crônicas, de seus fatores de risco e a relação com a alimentação. Ao longo de toda a intervenção se ofereceram medidas para modificar e combater os fatores de risco destes grupos de usuários fez atividades em grupos de hipertensos e/ou diabéticos, falando sobre alimentação saudável, realizando atividades de promoção de saúde com o objetivo de diminuir as doenças e complicações na comunidade, evitar o stress, palestras educativas e prática de exercícios físicos se ofereceram lanches com frutas para estimular alimentação saudável na comunidade. No final da intervenção foi difícil porque só se participou a equipe de saúde para trabalhar as ações sobre alimentação saudável. Tivemos a participação de nutricionista apenas nas primeiras semanas da intervenção.

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

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

No primeiro mês, a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foram 22, representando 100%, no mês 2 foram 42 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 60 usuários para 100%, tendo alcançado a meta de 100% dos usuários.

Para atingimos esta meta, fizemos grande investimento nas ações de educação em saúde junto à comunidade com o objetivo de esclarecer a importância destas duas doenças crônicas, de seus fatores de risco e a relação com a alimentação. Temos a participação de nutricionista para duas semanas da intervenção.

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

Indicador. 6.3-Proporção de hipertensos em relação à prática regular de atividade física

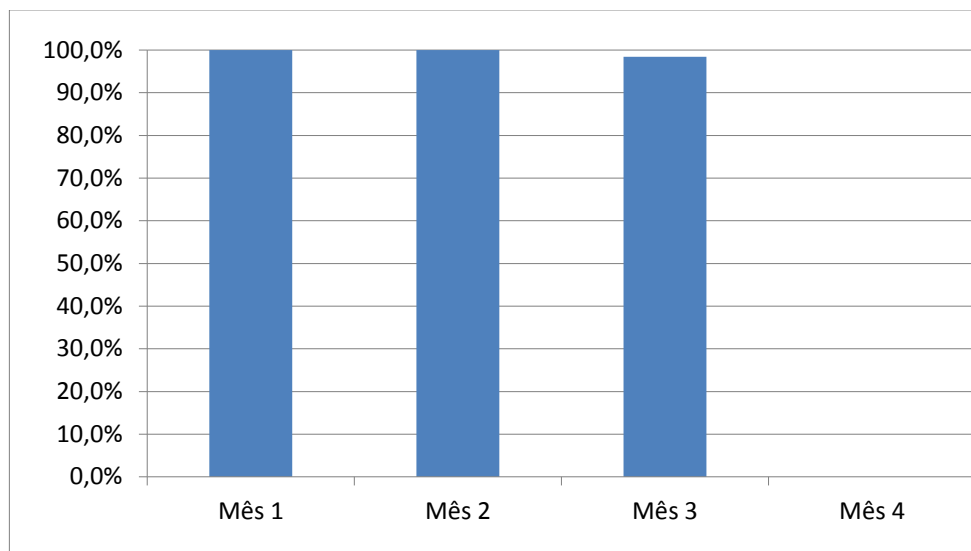


Figura 13: Proporção de hipertensos com orientações sobre a prática regular de atividade física regular.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês, a proporção de hipertensos com orientações sobre a prática de atividade física regular foram 55, representando 100%, no mês 2 foram 125 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 190 usuários para 98,4%, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários.

Para tentar alcançar esta meta tivemos o apoio de um professor de educação física que capacitou a equipe de saúde sobre as atividades físicas para se executar a este grupo de usuários e que as condições que poderia fazer cada um deles, bem como foram realizadas atividades de grupos com hipertensos e diabéticos diretamente com o professor de educação física, atividades estes que motivou ainda mais intervenção da equipe de saúde e comunidade em geral. No terceiro mês, o professor não poderia participar com a gente e atividades não foram feitas com a mesma frequência.

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

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

No primeiro mês, a proporção de diabéticos com orientações sobre a prática de atividade física regular foram 22, representando 100%, no mês 2 foram 42 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 60 usuários para um 100%, tendo alcançado a meta de 100% dos usuários.

Para alcançar esta meta tivemos o apoio de um professor de educação física que capacitou a equipe de saúde sobre as atividades físicas para se executar com este grupo de usuários e quais as condições que poderia fazer cada um deles, bem como foram realizadas atividades de grupos com diabéticos diretamente com o professor de educação física, atividades estas que motivou ainda mais intervenção da equipe de saúde e comunidade em geral.

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

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

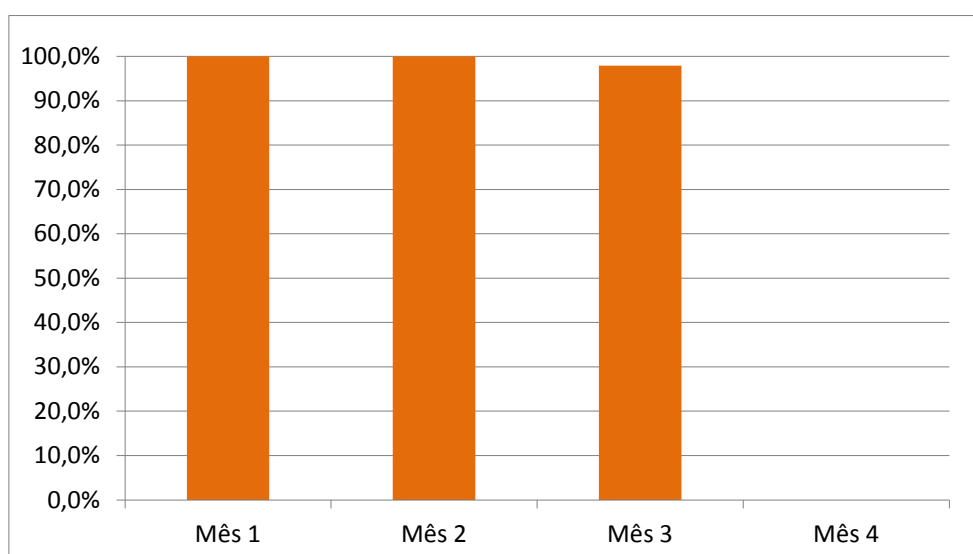


Figura 14: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês, a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo foram 55, representando 100%, no mês 2 foram 125 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 189 usuários para 97,9%, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários. Porém, a nossa intervenção continua e almejamos com o tempo conseguir 100% dos

hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabaquismo em nossa área de abrangência, tal como é mostrado no gráfico referente a este objetivo.

Para atingimos esta meta, fizemos muitas ações de educação em saúde junto à comunidade com o objetivo de guiar e informar e especialmente a este grupo de usuários, os riscos associados ao hábito de fumar e estas doenças. No mês 3, não obter medicamentos para o tratamento do tabagismo, tivemos muitos usuários perdendo o interesse em consultas e a palestras sobre este tema que contribuiu para não chegar a meta proposta.

A unidade de saúde neste tempo do projeto de intervenção não foi fornecida com os medicamentos para o tratamento do tabagismo. A solução que levantamos em termos de usuários tabagistas foi ser encaminhados para o centro de referência correspondente a nossa unidade de saúde que é onde há um tratamento e pessoal treinado nesta atividade, mas sempre coordenando antes de enviar usuários e monitorando o mesmo pela nossa equipe de saúde.

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

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

No primeiro mês, a proporção de diabéticos orientação sobre os riscos do tabaquismo foram 22, representando 100%, no mês 2 foram 42 usuários, representando 100% e ao final da intervenção conseguimos avaliar a 60 usuários para 100%, tendo alcançado a meta de 100% dos usuários. Para atingimos esta meta, fizemos muitas ações de educação em saúde junto à comunidade com o objetivo de guiar e informar e especialmente a este grupo de usuários os riscos associaram o hábito de fumar e estas doenças.

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

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

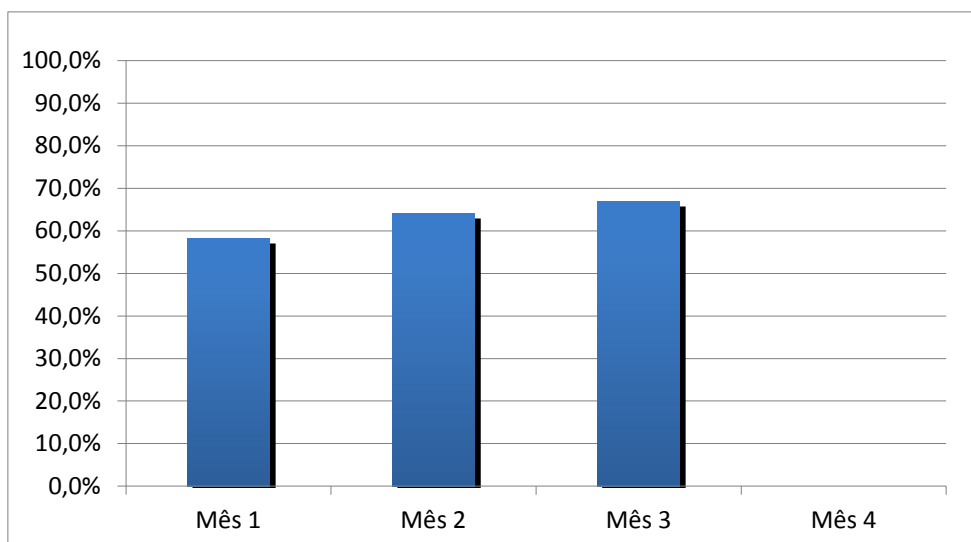


Figura 15: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês, a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal foram 32, representando 58,2%, no mês 2 foram 80 usuários, representando 64% e ao final da intervenção conseguimos avaliar a 129 usuários para 66,8 %, não tendo alcançado a meta de 100% dos usuários. Porém, a nossa intervenção continua, e almejamos com o tempo conseguir trabalhando neste objetivo.

No início da intervenção eram poucas as consultas odontológicas para os usuários diabéticos e hipertensos eles só procuravam quando estavam doentes e não para controle de sua doença. Na intervenção com a orientação sobre higiene bucal apesar de fazer palestras educacionais em higiene bucal não cumpriu o indicador previsto para o objetivo.

A equipe odontológica e equipe de saúde trabalhou muito forte para alcançar este indicador, mas os usuários na comunidade não têm cultura preventiva e sim curativa e vão apenas a consulta quando eles estão doentes. Neste sentido, a intervenção melhorou muito a saúde bucal, mas não foram alcançados objetivos fornecidos.

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

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

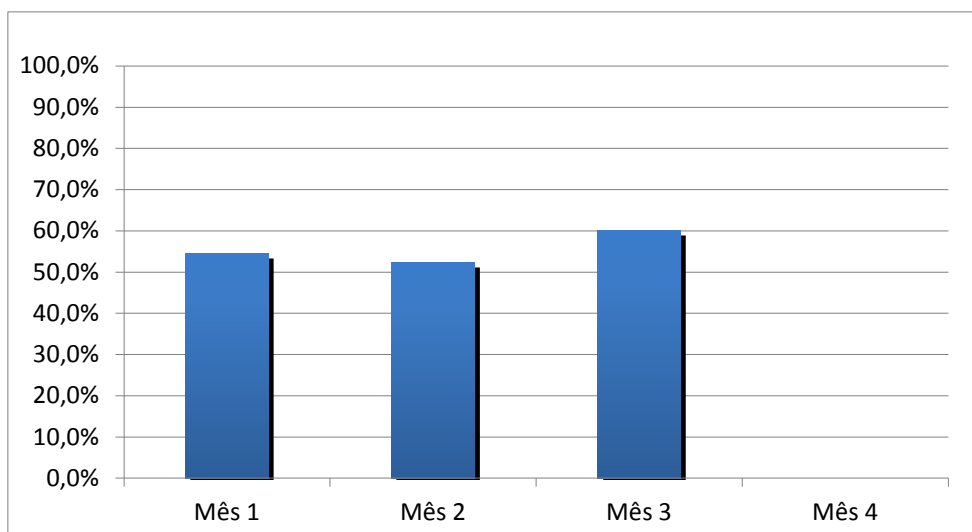


Figura 16: Proporção diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

No primeiro mês, a proporção diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal foram 12, representando 54,5%, no mês 2 foram 22 usuários, representando 52,4% e ao final da intervenção conseguimos avaliar 36 usuários para 60%, não tendo alcançado a meta de 100% pelo mesmo motivo dos usuários hipertensos, porém temos que continuar trabalhando neste indicador.

4.2 Discussão

A Unidade de saúde da família Cadeia Velha I tem uma população total de 2.656 pessoas em sua área de abrangência, com uma equipe composta por uma médica clínica geral, 6 agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma dentista, um auxiliar de dentista e uma auxiliar de serviços gerais. Com a intervenção feita juntos aos usuários hipertensos e diabéticos, conseguimos aumentar a nossa cobertura da atenção à saúde de eles, além de trazer melhorias referentes à qualidade do cuidado em saúde, desde a porta de entrada com o acolhimento, ao cuidado integral dos usuários.

Com a intervenção, nossa equipe de saúde adquiriu mais conhecimento para um acompanhamento adequado dos usuários com hipertensão e diabetes, tendo havido a qualificação dos profissionais em temas até então novos para eles. Houve capacitação para a aferição da pressão arterial e medição da glicose, contribuindo

para um cuidado mais qualificado e melhor acompanhamento dos usuários, conforme as recomendações do ministério da saúde. A equipe também ficou mais unida para realizar outras tarefas referentes ao trabalho de promoção de saúde. Conseguimos fazer as visitas domiciliares com o trabalho em conjunto dos agentes comunitários e do médico e aumentamos nossa responsabilidade com o cuidado de nossa população e com atribuições definidas.

Conseguimos uma maior integração entre todos os membros da equipe, na qual cada um fez a sua parte com muita responsabilidade para que a intervenção obtivesse resultados satisfatórios, trazendo benefícios para todos os atores envolvidos, nossa equipe de saúde, usuários e a comunidade. Após a intervenção cada membro de nossa equipe de saúde trabalha com muito mais responsabilidade e papéis bem definidos. Os agentes comunitários de saúde em conjunto com a enfermeira e o médico realizaram as visitas domiciliares e também estavam encarregados das palestras nas casas dos usuários, observando as condições em que moram os usuários hipertensos e diabéticos, sendo isso muito importante para identificar fatores de risco que podem afetar a saúde dos usuários e, dessa forma, poder atuar de forma favorável. Todos fizemos um bom trabalho.

A intervenção trouxe mudanças benéficas para o nosso serviço, bem como na maneira de ver os usuários como um todo e não como doentes unicamente, contribuindo verdadeiramente, para a integralidade do cuidado. Foi melhorado o cadastro de usuários, não somente daqueles portadores de hipertensão e diabetes, mas outras doenças e outros programas, utilizando a mesma metodologia de trabalho da nossa intervenção. Modificamos nossa forma de acolhimento aos usuários. É feita a escuta qualificada e corresponsável, esclarecendo todas as dúvidas que tenham sobre o atendimento, a doença e buscando a resolutividade das demandas. A intervenção foi muito importante para o nosso serviço porque o atendimento de usuários com hipertensão e diabetes atualmente não se constitui em responsabilidade exclusiva do médico, passando a ser de toda a equipe de saúde, melhorando nosso processo de trabalho, através de uma equipe mais consciente e engajada em sua atuação. Conseguimos aumentar o número de usuários com hipertensão e diabetes acompanhados pela equipe, melhorando assim os registros, cadastros, agendamento de consultas, deixando as demandas espontâneas para urgências, também em cada atendimento foi feita a classificação de cada usuário de acordo com o risco, a fim de priorizar o atendimento.

A intervenção também foi muito importante para a comunidade porque aumentamos o engajamento da comunidade com a unidade de saúde e comprometendo as lideranças da comunidade com a saúde dos hipertensos e diabéticos. Também informamos para eles seus direitos enquanto usuários e sobre a oportunidade de acesso a todos os nossos serviços, servindo para aumentar o conhecimento de todos, não só com respeito à sua doença, bem como na prevenção de outras doenças através das ações de educação em saúde e conversas feitas individualmente.

A grande aceitação por parte da comunidade foi importante para que os hipertensos e diabéticos conseguissem um melhor acompanhamento. A população também aumentou o conhecimento sobre a importância do acompanhamento regular dos hipertensos e diabéticos, sobre fatores de risco, atenção bucal, prática regular de exercício físico e outros temas importantes para eles. Atualmente, todos se mostram satisfeitos com as novas oportunidades de cuidados em saúde disponibilizados. Apesar de todo o trabalho, ainda temos usuários por registrar e cadastrar, o que atualmente nós estamos fazendo para alcançá-los, fazendo da intervenção uma rotina no trabalho para a nossa equipe e pensamos que a mesma fique como primeiro objetivo a cumprir em nosso trabalho diário.

Com esta intervenção, obtivemos uma grande experiência no atendimento e acompanhamento dos usuários e uma melhor integração entre todos os membros da equipe e também a integração com os líderes comunitários, que muito contribuiu para o bom desenvolvimento de nossa intervenção. Se começasse a intervenção novamente faria um melhor planejamento, com tempo suficiente para discutir melhor com a equipe, a comunidade e seus líderes e a secretária para que a intervenção fosse desenvolvida com maior sucesso. A outra coisa que eu faria, seria planejar ações de nossa unidade com os serviços hospitalares, numa perspectiva de rede, onde enviamos nossos hipertensos e diabéticos que precisam ser encaminhados para acompanhamento por especialistas e assim não demorasse tanto o seu atendimento, já que muitas vezes, nossos usuários voltam para a consulta de retorno sem, infelizmente, ter conseguido realizar a avaliação com o especialista que foi previamente solicitada. Também planejaria antes, todos os recursos materiais para não enfrentarmos durante a intervenção com deficiência em materiais (como as fichas espelhos).

A intervenção já é incorporada à rotina diária do nosso trabalho porque nos deixou uma grande satisfação e experiência no trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos. Por isso mesmo, vamos expandir a cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos que moram em micro áreas descobertas com ajuda dos agentes comunitários que temos, continuando o atendimento com priorização de usuários e aqueles de alto risco fundamentalmente, para melhorar sua qualidade de vida e evitar suas complicações. A conclusão de nossa intervenção não significa que se encerra o nosso trabalho. Ao contrário, já vamos a trabalhar em novas áreas mais distantes, começando com a formação dos ACS envolvidos. Levaremos esta metodologia a outros programas de atendimento como Saúde da Criança e Saúde do Idoso. Embora nós viéssemos trabalhando nesses programas, agora que adquirimos a experiência e o conhecimento necessários com essa intervenção, nossa equipe ficou com grande entusiasmo para seguir com o nosso trabalho com dedicação e eficiência.

5 Relatório da intervenção para gestores

Na unidade Cadeia Velha I foi realizada intervenção sobre Hipertensão e Diabetes que compreende uma população de 2.656 habitantes, com o objetivo de melhorar a atenção em saúde ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Este projeto teve como foco a área programática de hipertensos e diabéticos pela alta incidência de usuários com estas doenças e pela baixa cobertura de usuários cadastrados como usuários pesquisados e monitorados de forma sistemática por nossa equipe de saúde. Além de ampliar a cobertura das ações para um melhor atendimento deles, buscamos melhorar a qualidade do cuidado através de um conjunto de ações sistematizadas, visando melhorar a adesão de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa, cadastrando a usuários que nunca tiveram acompanhamento regular, o registro das informações da unidade.

Para começar nossa intervenção a equipe de saúde foi capacitada em diferentes temas sobre hipertensão e diabetes como a aferição pressão arterial, a medição da glicose e de peso, como realizar o preenchimento correto de registros e cadastros, a fim de realizar uma intervenção com a máxima qualidade possível, objetivando esclarecer algumas dúvidas ficando a equipe mais preparada sobre esta ação programática.

Durante a intervenção de 12 semanas conseguimos melhorar no acolhimento dos hipertensos e diabéticos, ofertando um melhor acompanhamento a este grupo de usuários, as consultas forem com maior qualidade. No início da intervenção foram consultados 55 usuários hipertensos e 22 usuários diabéticos. Ao final da intervenção conseguimos acompanhar 193 hipertensos e 60 diabéticos..

Com o encerramento da intervenção, alguns objetivos não foram alcançados como esperávamos, por exemplo, a proporção de hipertensos com os exames

complementares em dia de acordo com o protocolo que ao final da intervenção foi de 66,8% e no caso dos diabéticos foram 63,3%; a proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico que ao final da intervenção foi de 66,8% e no caso dos diabéticos foram 60,0%; a proporção de hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento que ao final da intervenção foi de 84,5% e no caso dos diabéticos foram 85,5% e a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal que ao final da intervenção foi de 66,8% e no caso dos diabéticos foram 60%, porém nossa intervenção continua e esperamos conseguir cumprir todos os objetivos propostos na mesma.

Esta intervenção trouxe mudanças positivas para nosso trabalho, porque conseguimos consultar com mais integralidade aos hipertensos e diabéticos de nossa comunidade. Antes da intervenção não tínhamos fichas espelho e no mesmo prontuário preenchíamos todas as informações e com o início da intervenção implementamos a aplicação da ficha espelho para todos os hipertensos e diabéticos, que possibilitou um preenchimento mais completo das informações deles. Também conseguimos a disponibilização de mais vagas por semana para o atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Além disso, conquistamos uma maior integração da equipe e mais conhecimento e responsabilidade com nossos usuários em cada área de atendimento. Nossa intervenção contribuiu para a integralidade do cuidado em saúde dos usuários, levando benefícios para todos os envolvidos.

Ao propormos a realização de uma intervenção, sabíamos dos desafios postos e que nem tudo dependia unicamente do envolvimento da equipe, de forma que é importante e necessário o apoio da gestão das diferentes instituições, líderes comunitário e outros que influenciam nos processos necessários para o cumprimento das ações de saúde propostas. Pensamos que a intervenção teve um bom impacto, conseguindo modificar indicadores que melhoram a saúde dos hipertensos e diabéticos, dando soluções e orientações a toda a população e a equipe de saúde. Temos motivos para levar as experiências de nossa intervenção a outras equipes de saúde para que possam dar um completo seguimento a todos os hipertensos e diabéticos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Em nossa unidade de saúde Cadeia Velha I fizemos um programa planejado para os hipertensos e diabéticos para melhorar o acompanhamento com maior qualidade de vida. Durante a intervenção conseguimos acompanhar 193 hipertensos e 60 diabéticos.

Para começar nossa intervenção a equipe de saúde foi capacitada em diferentes temas sobre hipertensão e diabetes como a aferição pressão arterial, a medição da glicose e de peso, como realizar o preenchimento correto de registros e cadastros a fim de realizar uma intervenção com a máxima qualidade possível, objetivando esclarecer algumas dúvidas ficando a equipe mais preparada sobre esta ação programática. A intervenção foi produtiva porque aumentamos às palestras a comunidade e teve um maior funcionamento o grupo dos hipertenso e diabéticos, ficando toda a população com uma orientação mais ampla sobre a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Com este relatório também temos a ideia de informar a toda a população as dificuldades que encontramos e que afetam em um adequado acompanhamento da saúde dos hipertensos e diabéticos como, por exemplo, nem todos os hipertensos e diabéticos assistem a consulta planejada pelo médico e dentista, infelizmente nem todos os hipertensos e diabéticos realizarem exames complementares durante a intervenção como estabelece o ministério de saúde. Como êxitos podem citar que a equipe conseguiu fazer a busca ativa a todos os hipertensos e diabéticos faltosos e esperamos que continuassem assistindo as consultas programadas por recomendação do Ministério da Saúde. Todas as informações forem registradas em fichas espelhos e todos nossos hipertensos e diabéticos já tem cadernetas que estão adequadamente preenchidas todos os dados, mas pedimos a toda a população que continuem trazendo às cadernetas as consultas. Conseguimos consultar com mais integralidade aos hipertenso e diabéticos de nossa comunidade.

Também conseguimos a disponibilização de mais vagas por semana para o atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Também conquistamos uma maior integração da equipe e mais conhecimento e responsabilidade com nossos usuários em cada área de atendimento. Nossa intervenção contribuiu para a integralidade do cuidado em saúde dos usuários, levando benefícios para todos os envolvidos. Hoje a comunidade conhece mais sobre os fatores de risco de os hipertensos e diabéticos e como evitar complicações destas doenças.

Pensamos que a intervenção teve um bom impacto conseguindo modificar indicadores que melhoram a saúde dos hipertensos e diabéticos, dando soluções e orientações a toda a população e a equipe de saúde. Continuaremos com nossa intervenção para que todos os hipertensos e diabéticos sejam bem acompanhados e a população continue recebendo orientações para fortalecer o trabalho sobre a saúde dos hipertensos e diabéticos.

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Para mim, esta modalidade de estudo foi um passo muito importante, pois tive de enfrentar diversos desafios com relação à tecnologia utilizada, somadas àquelas do idioma em si. Pensei inicialmente que, fazer a especialização ao mesmo tempo em que trabalhamos com a população desconhecida, para mim não ia ter muita relevância. No entanto, na medida em que o curso ia avançando, minhas expectativas mudaram por completo.

O curso, desde seu início, abordou elementos necessários para a atuação adequada dos profissionais no Brasil e foi uma ótima oportunidade no aperfeiçoamento profissional. Vinculando o trabalho diário à especialização, compreendi muito mais o problema de minha população, que é muito diversificada cultural e socialmente, com uma diversidade de doenças, algumas conhecidas de meu país de origem e de outros países onde já trabalhei e algumas novas para mim que me obrigaram a estudar muito, seus riscos e características de cada uma, relacionando aos conhecimentos adquiridos no curso. Este processo de aprendizagem oportuniza a produção de conhecimento e a qualificação da prática, possibilitando melhorar a atenção à saúde da comunidade, estando o curso dividido em unidades didáticas que visam à incorporação da teoria com a prática vivenciada pelos profissionais de saúde.

Acredito que o curso de especialização foi muito importante porque aumentou em muito meus conhecimentos, além de que nos permitiu implementar nosso projeto de intervenção, o que trouxe muitos benefícios para todos, principalmente para a comunidade, mudando hábitos e estilos de vida dos usuários e aumentando o conhecimento de todos eles. Penso que o curso está bem desenhado, pois o aluno dispõe de múltiplas e diferenciadas informações para sua aprendizagem. Considero que tem caráter prático e aplicado porque permitiu, com os casos interativos para

conhecer o manejo das doenças no Brasil. Os métodos de avaliação utilizados, de modo geral, foram ótimos e contribuíram para a construção do conhecimento, facilitando-me a prática profissional, no contexto do sistema de saúde e realidade do Brasil.

Com esta especialização não somente eu e a comunidade ganhamos, também para nossa equipe foi muita beneficiada, porque contribuiu para que a equipe se tornasse mais unida, ofertou conhecimentos a todos os membros da equipe e deu a possibilidade de colocá-los em prática. O curso me ofertou ainda, a possibilidade de trocar conhecimentos com outros profissionais da saúde tanto nacionais como estrangeiros, com os nossos professores e instrutores do curso, trocando ideias e conhecimentos o que enriqueceu ainda mais nosso processo de aprendizagem.

Com a conclusão do curso, sinto que minha preparação é muito mais completa, me sinto mais preparada para enfrentar novos desafios e poder ajudar ainda mais e melhor a minha comunidade.

Referências

FUCHS, S C; CASTRO, M S; FUCHS, FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Hipertensão**. 2004;7(3):90-3

MACHADO, C A; BARBOSA, RB. **Epidemiologia e importância clínica**. In: Passarelli Jr O, Fonseca FAH, Colombo FMC, Scala LCN, Póvoa R, editores. Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica. São Paulo: Segmento Farma; 2008. p. 1-3.

CORTEZ-DIAS, N et al. Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal. Resultados do estudo VALSIM. **Rev. Port. Cardiol**. 2009;28:499-523.

COELHO, EB et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol**. 2005;85(3):157-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus: plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus: **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus- HIPERDIA**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/> Acesso em: 04 mar. 2009b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial V.** In. Consenso tensão Brasileiro de Hipertensão Arterial, 2006, São Paulo.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes, diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** 2002. Disponível em: <http://www.sbd.org.br>.

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 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