

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turman⁰⁷**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhorar da atenção à saúde aos usuários hipertensos e diabéticos na
Estratégia de Saúde da Família Campestre, Cocal/Piauí**

LLAMIRKA MERCEDES CAZANAS BORROTO

Pelotas, 2015

LLAMIRKA MERCEDES CAZANAS BORROTO

**Melhorar da atenção à saúde aos usuários hipertensos e diabéticos na
Estratégia de Saúde da Família Campestre, Cocal/Piauí**

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

Orientadora: Fernanda Bollini da Silva

Pelotas, 2015

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

B737m Borroto, Llamirka Mercedes Cazañas

Melhorar da Atenção à Saúde aos Usuários Hipertensos e Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família Campestre, Cocal/Piauí / Llamirka Mercedes Cazañas Borroto; Fernanda Bollini e Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Fernanda Bollini e, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais e filho que sempre me apoiaram em tudo que fiz.

Agradecimentos

Agradeço a colaboração de todos os profissionais da UBS de CAMPESTRE envolvidos no processo do projeto. Aos profissionais da equipe de saúde, enfermeiros, médicos e odontólogos, psicólogos, agentes comunitários de saúde, responsáveis pelas Equipes de Saúde da Família. À Universidade Federal de Pelotas ao programa de especialização em saúde de família, pela proposição e apoio a este trabalho.

A todos os que ajudaram de alguma forma, principalmente nos momentos finais, sempre os mais conturbados.

Resumo

BORROTO, Llamirka Mercedes Cazanias. **Melhorar da atenção à saúde aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família Campestre, Cocal/Piauí.** 79f, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família, foi realizada uma intervenção em usuários que apresentavam Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na atenção primária, motivada pela alta morbidade e mortalidade que estas doenças provocam, e tivemos como objetivo melhorar a atenção desses usuários, realizando um projeto de intervenção durante doze semanas. A intervenção foi realizada de 6 de abril a 29 de junho do ano 2015 constituindo assim em doze semanas. A intervenção teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da planilha de coleta de dados e ficha espelho fornecidos pelo curso. A intervenção exigiu uma capacitação de toda a equipe para seguir os protocolos recomendados pelo ministério da saúde para o rastreamento, diagnóstico e segmento destes usuários. Durante a intervenção, percebemos o desconhecimento que tem a população da importância do controle destas patologias, pensando ainda que os problemas de saúde só são

resolvidos com a intervenção dos profissionais, remédios e estudos de alto custo e não através das mudanças de hábitos e estilo de vida, algo considerado bem simples, em nossa UBS não se conhecia o grupo alvo da população. De acordo com os dados da UBS na secretaria de saúde tínhamos conhecimento de 250 usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS e 188 usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Nossa UBS possuía um registro inadequado de usuários com estas doenças crônicas, então, ao iniciar a intervenção realizamos novo levantamento e detectamos que na área de abrangência haviam 210 usuários hipertensos com 20 anos ou mais e 64 diabéticos com 20 anos ou mais. No que tange, a cobertura alcançada pela intervenção, a equipe cadastrou 225 (90,0%) usuários hipertensos e 136 (72,3%) usuários diabéticos que, embora não se tenha atingido a meta proposta de 100%, proporcionou aos atendidos, atenção mais qualificada e integral. Essas ações foram ofertadas aos 100% dos cadastrados, tais como: exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa dos faltosos, registros adequados, mapeamento para riscos associados às doenças cardiovasculares. A intervenção permitiu organizar o trabalho de forma mais bem sucedida, fazendo com que cada um saiba qual é a sua função dentro e fora da unidade básica de saúde, possibilitando aos usuários a priorização do atendimento aos usuários de alto risco. Com nossa intervenção obtivemos uma atenção de saúde com qualidade, sendo assistida uma boa porcentagem do grupo de HIPERDIA, onde conseguimos que fosse realizado exame clínico, exames complementares, assistência odontológica, estratificação do risco cardiovascular e mudanças no estilo de vida. Enfrentaram-se poucas dificuldades, como muitos dias chuvosos que afetaram o trabalho da equipe e a indisponibilidade de veículo para fazer as visitas domiciliares, mas que com o apoio da gestão, a situação de transporte foi resolvida no menor tempo possível. Assim, conseguimos com nossa

intervenção ampliar o plano da saúde da família já que realizamos com eles um trabalho preventivo através de palestras e atendimento com isso diminuindo fatores de riscos que podem provocar estas doenças, neste sentido foi muito importante as visitas domiciliares que nos permitiu chegar a toda comunidade. Também com experiência já obtida pretendemos implementar o programa de prevenção de câncer, dando prioridade as neoplasias que se podem detectar de forma precoce como é o câncer do colo do útero, próstata e mama; já que o câncer também constitui um problema sério de saúde. Espera-se que a gestão continue apoiando e fortaleça este tipo de intervenção e que a equipe possa ampliar estes serviços para as outras ações programáticas típicas da Atenção Primária à Saúde (APS).

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Diabetes; Promoção de Saúde

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos	48
Figura 2	Cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos	49
Figura 3	Proporção de usuários hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	50
Figura 4	Proporção de usuários diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	51
Figura 5	Proporção de usuários hipertensos com os exames complementares de dia de acordo com o protocolo	52
Figura 6	Proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	53
Figura 7	Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	54
Figura 8	Proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	55
Figura 9	Proporção de usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	56
Figura 10	Proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	57
Figura 11	Proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	59
Figura 12	Proporção de usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	60
Figura 13	Proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	61
Figura 14	Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	62

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
	APS - Atenção Primária da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial
	IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério de Saúde
	SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	PI Piauí
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica da Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2 Análise Estratégica	187
2.1 Justificativa	187
2.2 Objetivos e metas	209
2.2.1 Objetivo geral	209
2.2.2 Objetivos específicos e metas	209
2.3 Metodologia	221
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	35
2.3.3 Logística	431
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	46
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Discussão	64
5 Relatório da intervenção para gestores	66
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	68
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	70
Referências	72
Anexos	73

Apresentação

O projeto de intervenção trata sobre a avaliação de melhorar de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, desde o ponto de vista de acompanhamento clínico, avaliação laboratorial e o conhecimento que eles apresentam sobre o controle, complicações da mesma. Também coloca pontos importantes sobre a prevenção e promoção desta doença, na qual é essencial a mudança do estilo de vida. Ele está composto por cinco seções.

A primeira contém o relatório da análise situacional, no qual está apresentado um panorama da UBS fazendo uma descrição das características da comunidade assim como comportamento dos diferentes programas de atenção a saúde da população.

A segunda seção refere-se à análise estratégica, na qual é apresentado o projeto de intervenção, levando em conta entre outros aspectos a justificativa do projeto, objetivos a desenvolver, metodologia, logística, cronograma, detalhamento das ações.

A terceira apresenta o relatório da intervenção, contendo informações sobre as ações previstas e realizadas, bem como sua incorporação à rotina do serviço, e também as ações não realizadas.

A avaliação da intervenção está na quarta seção, demonstrando os resultados e a discussão do projeto de intervenção. Também integram essa seção o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

A quinta e última seção contém uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Campestre, que conta com uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), é composta pelos seguintes profissionais: enfermeira, técnica de enfermagem, médica e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe procura estar atenta aos dados estatísticos e indicadores da referida área de abrangência da ESF, para assim podermos intervir e solucionar os problemas de saúde da comunidade.

A estrutura física da UBS é um local adaptado (casa), pois o prédio encontra-se em fase de construção, situação que nos impossibilita de realizar uma atenção efetiva, com todos os requerimentos que precisamos além do programa exigir mais esforço, com dedicação e entrega para uma atenção com qualidade.

Na comunidade temos gestantes, recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos. No cotidiano do trabalho nos deparamos com pessoas que apresentam doenças crônicas, seqüelas da descompensação dessas doenças, assim como as pessoas com deficiência física, onde todos são tratados de acordo com o cronograma e requisitos das doenças.

A equipe realiza uma maior atenção às prioridades, onde acompanhamos através de visitas domiciliares, conversas terapêuticas de apoio, onde participam outros profissionais de reabilitação, assistentes sociais e professores de educação física.

Através do trabalho executado pela equipe com a comunidade, a tendência é diminuir os índices de mortalidade materno-infantil e índices de morbidades. Outros fatores importantes, a orientação de dietas, exercícios físicos e a abordagem sobre os fatores de risco das doenças crônicas. Com a oferta de tratamentos adequados, após diagnosticar a doença, é possível evitar complicações e reabilitar, proporcionando qualidade de vida.

Procuramos ainda fazer a vigilância das condições higiênicas ambientais, pois a falta de controle dessas condições, possibilita o surgimento de doenças infectocontagiosas. Para todas essas ações se efetivarem, existe a importância da união coletiva que está presente na equipe e a relação com o conjunto de fatores da sociedade, que apóiam as melhorias e o êxito do trabalho da equipe de saúde

Também temos falta de profissionais como assistentes sociais, especialistas de diferentes especialidades como Angiologia, Fonoaudiólogos, Cardiologistas, Cirurgiões gerais, Dermatologista, Homeopatas e infectologistas, Neurologistas, Ortopedistas, Pediatras e psiquiatras. Seria muito importante a presença desses profissionais aqui em nossa comunidade para o trabalho conjunto. Além disso, existe dificuldade com o espaço físico da Unidade como consultórios sem sanitário, sala de espera, curativo e procedimentos sem tamanho adequado, não temos sanitário para deficientes, não temos depósito para material de limpeza, não temos sala de recepção, para lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização e estocagem de material, depósito para o lixo contaminado, sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), etc. Todos os pisos da UBS são de superfície lisa, As janelas da UBS são de madeira e não estão protegidas com telas mosquiteiras. Não existe sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação, arquitetônica das UBS para interação.

Estamos em espera da reforma da estrutura de nossa UBS e ter todas ou quase todas as estruturas permissíveis para um melhor desenvolvimento de nosso trabalho, não obstante atendemos e brindamos muito amor a todos os usuários que precisem de nós, mas temos certeza que está perto a realização desse sonho que seria essa reforma.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de Saúde de Campestre está localizada no Município de Cocal, no Estado de Piauí. Este município tem uma população de 27.163 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014). A cidade apresenta 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo que do total, quatro unidades são tradicionais. A UBS em que atuamos conta com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é composto por um assistente social, dois fisioterapeutas, um farmacêutico, um pediatra, um nutricionista e um psicólogo. Nossa cidade não dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) nem atenção especializada e conta com um hospital que presta serviços de pronto socorro e ambulatorial. A disponibilidade de exames complementares é só pela regulação do SUS em outra cidade. Agora o

município está prestando serviços de ultra cenografia que não é suficiente para a demanda, porém é um avanço do sistema de saúde.

A UBS está localizada em uma zona rural. Seu vínculo com o SUS é mediante o fornecimento de medicamentos, regulamentação de exames complementares e atenção especializada, cumprimento dos programas de saúde. Existe vínculo com as instituições de ensino, unidade escolar Emilia Soares Araujo, Issabilia Torres Lima, Santa Rita de Cassia, já que servem como ponto de apoio na educação em saúde, onde fazemos atividades de palestras, vacinação e remédios para vermes nestas escolas. O modelo de atenção da ESF está composto por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco agentes comunitários, uma recepcionista, não tem profissional de odontologia. Outra das principais dificuldades é a existência das barreiras arquitetônicas, não tendo rampas e corrimões para acesso à UBS pelas pessoas com dificuldades motoras, visuais e idosos. Nos banheiros não é possível realizar manobras com cadeiras de rodas. Há disponibilidade dos equipamentos e instrumentais necessários para o trabalho, mas não temos falta de antropométrica, negatoscópio, oftalmoscópio e de instrumentos para a consulta odontológica. Os medicamentos chegam mensalmente, estão organizados em armário e há controle de entrada e saída. As vacinas também são recebidas adequadamente e há o devido monitoramento de entrada e saída. A UBS não tem boa estrutura física o que dificulta muito a realização de um atendimento com qualidade das consultas. A prefeitura iniciou a construção da UBS que deve ser concluída nos próximos meses o que deve melhorar muito mais as condições de atendimentos e a ampliação dos serviços incluindo os odontológicos.

Cada integrante de nossa equipe conhece quais são suas atribuições e que temos que trabalhar em conjunto para assim oferecer um serviço de qualidade e que cada pessoa atendida fique satisfeita com a solução de seus problemas. Como limitações, temos a falta de estrutura física e de equipamento que dificulta o trabalho de cada profissional da equipe, por exemplo, não temos local nem equipamento adequado para a realização de curativos. Tudo isso gera um atendimento deficiente. Nossa área adstrita tem um total de 5000 habitantes sendo 2420 do sexo feminino e 2580 do sexo masculino, de acordo com os dados existe um ligeiro predomínio do sexo masculino em nossa área de abrangência. Precisamos aumentar um técnico de enfermagem para assim melhorar a rapidez do atendimento.

Em relação às atribuições da equipe, é realizado o acolhimento dos usuários na recepção, há atividades na sala de espera, sendo feitas antes palestras com diversos temas de educação em saúde, a recepcionista e a técnica de enfermagem são quem organizam os prontuários e escutam as demandas e avaliam os riscos e vulnerabilidades sociais dos usuários estabelecendo prioridades, as consultas são agendadas, mas também são atendidas as demandas espontâneas, os horários estabelecidos nos dois turnos de trabalho as urgências também são priorizadas dependendo da gravidade delas e quando é preciso são encaminhados ao hospital, As dificuldades principais são a falta de privacidade do usuário, pois eles expõem as suas demandas na recepção. Ainda considero importante uma sala de reuniões para os agentes comunitários de saúde, uma sala para fazer os exames, um departamento odontológico, uma sala de curativo; acredito que isso vai melhorar com a inauguração da nova UBS onde minha equipe vai trabalhar.

Em minha UBS são agendadas as consultas, mas são atendidas as demandas espontâneas estabelecendo prioridades dependendo do tipo de doença, não temos excesso de demanda também as urgências são atendidas e medicadas e caso seja necessário são encaminhadas ao hospital.

Em relação à saúde da criança de 0 a 72 meses, temos um total de 15 menores de um ano, sendo uma cobertura de 20%, não temos arquivo específico, só um livro onde é feito o controle das puericulturas, também existem os prontuários, as fichas nutricionais, odontológicas, formulário especial de puericultura, ficha espelho de vacinas. Temos protocolo de atendimento no qual é feito monitoramento regular destas ações. A qualidade da atenção à puericultura é boa, sendo baseada nos protocolos estabelecidos, são feitas atividades educativas na comunidade e na UBS através de palestras onde é orientada a importância das puericulturas, vacinação, o aleitamento materno e toda a equipe participa nestas atividades. Antes a primeira puericultura era feita ao mês de nascido agora estamos trabalhando para conseguí-la fazer até os sete dias.

Em relação ao pré-natal, na área de abrangência da minha equipe temos atualmente 18 gestantes. Temos protocolo para o atendimento, as consultas são agendadas e feitas uma vez por semana pela enfermeira, os usuários com baixo risco são avaliados pelos médicos, as de alto risco são encaminhadas a especialista ginecologista, quando sai da consulta já fica programada a próxima consulta, não tem arquivo específico, mas todos têm prontuários e fichas de controle realizando-se

monitoramento regular das ações. O indicador de cobertura é de 24 %, o que mostra que o nosso indicador de cobertura é baixo em respeito ao total da população.

Existem grupos de gestantes e cada agente comunitário de saúde tem uma gestante na sua área, são feitas atividades educativas na UBS e na comunidade com a participação de todos os profissionais da saúde, onde abordamos os temas de aleitamento materno, atenção adequada ao recém-nascido, vacinação, infecções de transmissão sexual. A qualidade da atenção em nossa UBS é boa, mas ainda temos que melhorar e incrementar as atividades educativas na população.

As dificuldades que temos com o atendimento as gestantes são principalmente com os exames complementares não temos testes rápidos na UBS e os de rotina são realizados em Parnaíba ou em laboratórios particular, o que às vezes demora muito. A realização do ultrassom é feito em nosso município, mas temos vagas insuficientes, sendo que temos a opção de ser feito em serviço particular, mas é feito em outro município. O SUS agenda as consultas especializadas e a realização dos estudos radiológicos necessários. Não temos laboratório de microbiologia, às gestantes realizam os exames em laboratórios particulares. Não temos especialista ginecologista na área.

Quanto à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, na UBS que atuo o profissional encontra-se envolvido nas ações para prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, para isso são feitas atividades educativas onde são tratados os temas sobre infecções de transmissão sexual, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, obesidade, importância da realização de exercícios físicos e o mais importante a colpocitologías para detecção precoce do câncer de colo feito anualmente.

Ainda são realizadas orientações sobre auto-exame das mamas para detectar alterações precocemente, realização de pesquisa nas consultas através do exame as mulheres com alto risco e a realização da mamografia nas idades de 45 e mais anos. Também foi feita uma vacinação nas meninas de 11 a 13 anos de idade para a prevenção do papiloma vírus humano. Não temos protocolo para o controle adequado, não temos arquivo específico são registradas nos prontuários e em uma ficha, mas os resultados não estão registrados, o que não permite obter os dados dificultando a avaliação e monitorização do programa

Temos que incrementar as atividades educativas para a promoção e prevenção destas doenças na comunidade e todos os profissionais da saúde devem participar delas, fazer arquivos específicos para o controle adequado dos casos, controlarem os resultados do colpo citologias e assim monitorizar adequadamente às pacientes com alterações no colo de útero e mama.

Sobre a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, na minha UBS não temos protocolo ou manual técnico, mas a atenção é organizada, não existe arquivo específico, todos eles têm prontuários onde são controladas as consultas feitas mensalmente, a enfermeira tem um livro também para seu controle assim como os agentes comunitários de saúde. Todas as segundas feiras são feitas as consultas de HIPERDIA no posto de saúde para essa atividade, cada agente comunitário agenda as consultas de HIPERDIA aos seus usuários uma vez ao mês, todos os usuários não têm cadernetas para um melhor controle da pressão arterial e glicemia, controle do peso e circunferência abdominal, assim como os medicamentos que tomam. Temos o acompanhamento de um total de 210 hipertensos com mais de 20 anos, totalizando 21% da estimativa ou índice de cobertura que é de 1004 hipertensos, com relação ao total da população. Com relação aos diabéticos, acompanhamos um total de 64 usuários com essa patologia, totalizando 22% da população, mas o índice de cobertura estimado seria termos 287 casos de diabéticos, fato que demonstra que na UBS temos um sub-registro destas doenças, devendo-se ao fato que o curso destas doenças é assintomático e seu diagnóstico tardio.

A atenção é de qualidade, mas nenhum deles tem estratificação de risco cardiovascular, alguns têm atrasos das consultas agendadas e alguns têm pendente a realização de exames periódicos. Todos os profissionais da saúde como médico, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde participam das atividades educativas na comunidade através de palestras com orientações sobre os fatores de risco de desenvolver essas doenças e como preveni-las, sobre obesidade, sedentarismo, tabagismo, importância da realização de exercícios físicos periodicamente, alimentação saudável e também como evitar as complicações nas pessoas já doentes.

Não temos dia específico para atendimento da população idosa, ainda que muitos deles sejam hipertensos e diabéticos e tem programação das consultas no HIPERDIA com uma frequência de atendimento mensal. Os idosos são atendidos

todos os dias que precisarem de atenção médica na UBS, nos dois turnos de atendimento, também são visitados na sua casa quando não podem se dirigir à UBS por alguma deficiência própria da sua idade (acamado). Não temos arquivo específico para o controle, existindo o controle nos, não são todos que têm a caderneta de idosos, e não temos protocolo de atendimento. Temos 410 usuários de 60 anos e mais cadastrados, sendo que temos a estimativa do indicador de cobertura ser de 532 usuários, mostrando que existe boa cobertura para o atendimento, mas temos ainda que aumentar nossa estimativa em relação ao total de população. A qualidade da atenção é boa, sendo feitas muitas atividades para a saúde dos idosos como vacinação contra gripe, caminhadas, atividades recreativas, exercícios na academia da comunidade, atenção pela nutricionista, dentista, e temos a fisioterapeuta do NASF que participa na reabilitação dos idosos, assim como atividades de promoção e prevenção feita pela equipe na comunidade e UBS onde tem uma importante participação os agentes comunitários de saúde.

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

A análise da situação da minha ESF/APS realizada me mostrou quais são as principais necessidades e dificuldades que temos que melhorar em nosso serviço. Em comparação com o texto inicial, temos melhorado em alguns aspectos e outros permanecem iguais que dependem da terminação da estrutura física da UBS para ser resolvidos. Desta forma poderemos ter um maior controle e registro de cada ação de saúde feita para melhorar a qualidade do atendimento. Em relação à segunda semana de ambientação podemos falar que temos mudanças com respeito ao atendimento já que da população tem médico todos os dias da semana, o seguimento dos diferentes grupos tem melhorado e com isso sentem satisfação, só temos como dificuldades a construção da unidade e falta de atenção odontológica. Fazemos um trabalho em equipe para brindar um ótimo atendimento e uma melhor atenção da saúde da população.

Em comparação com a semana de ambientação, temos avanços importantes em relação ao atendimento, organização do trabalho e seguimento nos

diferentes grupos da população, assim como das doenças crônicas. Temos aumento quanto ao número de registros e prontuários das diversas patologias que afetam a população, ademais conseguimos que o trabalho fosse feito em conjunto, melhorando as necessidades e satisfação de nossa comunidade, conseguimos uma participação ativa de outros setores de comunidade governo e secretaria de saúde para dar resposta a nossas atividades, e o trabalho em equipe da UBS está com ótimo avanço em relação à atenção de saúde, aumentamos o número de participantes nas palestras para um amplo conhecimento de prevenção de doenças assim como os cuidados das mesmas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Eu acredito que ação programática escolhida para fazer minha intervenção em saúde é muito importante para nossa população, porque ela conta com duas das principais doenças crônicas que afetam minha comunidade (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus), e temos aumento da população idosa (acima dos 60 anos), sendo que além disso, a prevalência da hipertensão e diabetes se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Por ser um problema silencioso deve ser investigado sistematicamente, mesmo em face de resultados iniciais normais, temos muitos usuários com fatores de risco que favorecem a aparição de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e aumentam a morbimortalidade por estas doenças crônicas e suas complicações que podem ser renais, cardiovasculares, cerebrais ou oftalmológicas. Estes fatores de risco são a obesidade e inatividade física, abuso do álcool, o tabagismo e os precários hábitos alimentares e a cultura nutricionista de nossa população. Com este foco de intervenção estou querendo elevar o nível e a qualidade de vida de minha população hipertensa e diabética, conhecendo realmente a mobilidade por Hipertensão e Diabetes em meus usuários, para dessa forma ajudá-los melhor a conhecer suas doenças, ensinar como prevenir as complicações e que devem fazer para cumprir de forma correta e permanente com o tratamento médico, farmacológico e não farmacológico (modificações de estilo de vida e orientação nutricional, adoção de hábitos de vida saudáveis).

Esta equipe está composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Nossa unidade não possui uma equipe de saúde adequada para a quantidade da população que atendemos dentro da área de abrangência. Nossa população é de 5000 usuários e deles 2420 são mulheres e 2580 homens; 2.917 estão no grupo de 15 a 59 anos, e destes, são 1.277 mulheres e 1640 homens.

Todas as terças-feiras pela manhã são feitas as consultas de HIPERDIA, todos os ACS agendam as consultas aos seus usuários uma vez ao mês, mas não são todos os usuários que tem cadernetas para um melhor controle da pressão arterial, glicemia, controle do peso, circunferência da cintura e o registro dos

medicamentos que utilizam, problemática em que estamos trabalhando. Temos um total de 250 hipertensos com mais de 20 anos, porém atualmente estamos acompanhando 210 na UBS, o qual corresponde a 21% do denominador total para os indicadores de cobertura das Ações Programáticas que são 1004 hipertensos correspondentes à 100% da população. Temos 188 usuários com DM, porém acompanhamos 64 usuários com essa patologia, o qual corresponde a 22% do denominador total para os indicadores de cobertura das Ações Programáticas que são 287 diabéticos correspondentes à 100% da população. Nosso posto de saúde possui um registro baixo de pacientes com estas doenças crônicas, isso se deve ao motivo que estas doenças são assintomáticas e usam um diagnóstico tardio, mas temos que continuar trabalhando para aumentar a cobertura destas patologias.

Todos os profissionais de minha Equipe Básica de Saúde oferecem orientações gerais relacionadas à alimentação, exercícios, mudanças nos padrões de vida, hábitos e costumes em especial nas situações de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Nossas atividades de educação em saúde têm como objetivo a mudança positiva e a incorporação de hábitos saudáveis de vida pelos indivíduos/famílias/comunidade que nós atendemos no dia a dia. Todo usuário com 18 anos ou mais, quando visitam nosso posto de saúde procurando atendimento, consulta, atividades educativas, procedimentos, é feita verificação de sua pressão arterial a mesma é registrada, identificamos todos os fatores de risco relacionados com estas doenças e fazemos o melhor esforço para que siga tratamentos propostos. Orientamos a promoção do estilo de vida mais ativa com a realização da prática da atividade física, como: caminhadas, dança, ciclismo, natação e corrida. Realizamos palestras na população, as quais realizamos as segundas-feiras no posto de saúde todas as manhãs. Nossa equipe tem como principal objetivo na adoção de hábitos de vida saudáveis, ensinar e educar nossa população que deve fazer para ter uma alimentação equilibrada, a necessidade e a importância para sua saúde a prática regular de atividade física, uso com moderação de álcool e abandono do tabagismo. Estes hábitos de vida saudáveis são à base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Com este foco de intervenção estou querendo elevar o nível e a qualidade de vida de minha população hipertensa e diabética, conhecendo realmente a mobilidade por Hipertensão e Diabetes em meus usuários, para dessa forma ajudá-

los melhor a conhecer suas doenças, ensinar como prevenir as complicações que aparecem por não cumprir de forma correta e permanente com o tratamento médico farmacológico e não farmacológico.

Não se realizava ações de pesquisa ativa de casos, devido ao fato das ações de promoção e prevenção de saúde realizadas serem insuficientes, e como consequência do trabalho dirigido ao atendimento de demanda espontânea por carga assistencial deste tipo de atendimento, mais agora estamos fazendo o melhor esforço por melhorar esta deficiência e assim poderem definir as prioridades, onde a equipe percebe a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Consideramos a baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com HAS, como a principal deficiência da Equipe básica de Saúde devido aos numerosos fatores de risco tais como obesidade, hábito de fumar, falta de exercícios físicos, ingestão de bebidas alcoólicas entre outros encontrados nesta comunidade que poderiam ocasionar muitas complicações em nossos usuários como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal e até a morte como sinalizei anteriormente.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar da atenção à saúde aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família Campestre, Cocal/Piauí

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta.1.1. Cadastrar 100% aos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta.1.2 Cadastrar 100% aos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos usuários 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% aos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) CAMPESTRE, no Município de COCAL ESTADO PIAUI. Participarão da intervenção 250 usuários com HAS e 188 usuários com DM, com 20 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: 1.1. Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos usuários 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 usuários hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar o número de usuários diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

O monitoramento da cobertura de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa ocorrerá semanalmente através da revisão das fichas de cadastro dos agentes comunitários de saúde, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilha próprias para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização.

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir o registro dos usuários hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos usuários diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

Toda a vez que algum profissional atender a um usuário hipertenso ou diabético a recepção fornecerá a ficha espelho deste usuário junto com o prontuário. O profissional responsável pelo atendimento irá fazer o preenchimento das informações da consulta tanto no prontuário quanto na ficha espelho. Diariamente, os registros de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos na UBS

serão revisados por uma das pessoas da equipe (definir quem) para que nenhuma ficha espelho fique incompleta.

Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, primeiramente a equipe receberá capacitação sobre o protocolo de atendimento adotado e será definido os profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento. Será organizada a agenda de consultas médicas e de enfermagem, a fim de organizar as consultas de retorno e as primeiras consultas encaminhadas pelos agentes de saúde e também da demanda espontânea. Para os usuários que vierem a UBS com queixa aguda relacionada a sua patologia será garantida consulta no mesmo dia.

Será solicitada a Secretaria Municipal de Saúde a aferição dos esfigmomanômetro, manguitos e dos aparelhos de hemoglicoteste. Também serão solicitadas fitas para a aferição da glicemia capilar e fita métrica para as medidas de circunferência abdominal e braquial.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a existência do 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.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Os agentes de saúde serão capacitados, inicialmente para informar a comunidade sobre o programa na UBS e sobre a importância de realizar a medida da pressão arterial, assim como os fatores de risco da doença e também do diabetes; Também serão desenvolvidos cartazes e folders informativos sobre as patologias; Serão organizadas atividades educativas em sala de espera falando sobre as formas de prevenção das doenças e seus principais sintomas e complicações; Em todos os grupos existentes na UBS será abordado o assunto.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg.

Detalhamento:

Antes do início da intervenção, a equipe de enfermagem será capacitada pelo médico sobre os cuidados na verificação da pressão arterial e na verificação do hemoglicoteste, assim como seus valores de referência.

Os ACS serão capacitados pela enfermeira e pelo médico quanto ao preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas.

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

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

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

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

Meta: 2.4. Garantir a 100% dos usuários 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 usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Monitorar o número de usuários hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de usuários hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de usuários diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de usuários diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os usuários diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para o monitoramento a realização de exame clínico dos usuários com HAS e DM será coletada numa planilha de coleta de dados e o registro será feito em todas as consultas pela médica e enfermeira utilizando a ficha específica do programa.

Para o monitoramento dos usuários com HAS e DM será colocado numa planilha de coleta de dados as informações para identificar os exames solicitados. O monitoramento da periodicidade será realizado examinando os registros na ficha espelho mensalmente.

O gestor municipal irá garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia como prioridade.

Organização e Gestão do Serviço

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

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- usuários • Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico

de diabéticos.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames

complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários diabéticos;

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

Detalhamentos:

Essas ações serão feitas sob responsabilidade da médica e enfermeira em todas as consultas. Serão realizadas as capacitações dos profissionais em horário estabelecido para eles com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Organizaremos as consultas com todos os profissionais para que flua bem, será colocada a versão digital e impressa atualizada do protocolo na unidade de saúde.

Identificaremos todos os usuários com HAS e DM que assistam a consulta e não estão atualizados com o protocolo, assim como será articulado com o gestor a prioridade da realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Será organizado os serviços de coleta de exames para alcançar eficiência aos usuários com HAS e DM. A técnica de farmácia irá manter estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e irá elaborar e manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Será organizada as consultas com os profissionais presentes para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos.

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.

- Orientar o usuário e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

- 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.

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

Detalhamentos:

Serão realizadas palestras na comunidade para orientar os usuários aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e

diabéticos, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como a necessidade de realização de exames complementares e a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários diabéticos.

Detalhamentos:

Com apoio da médico e enfermeira, aproveitaremos as reuniões que ocorre na UBS para capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes assim como capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamentos:

Serão coletados numa planilha as informações para acompanhar o cumprimento das consultas, sendo de responsabilidade de toda a equipe.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os usuários hipertensos e/ou diabéticos proveniente das buscas domiciliares.

Detalhamentos:

Será planejada as visitas domiciliares para que sejam realizadas por profissionais da equipe para buscar os faltosos às consultas.

Incluiremos na agenda estabelecida o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamentos:

Serão realizadas palestras nas comunidades para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvirem a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Como responsáveis principais para organização das atividades estarão a médica e enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica

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

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

Detalhamentos:

Aproveitaremos as reuniões que ocorrem na UBS para capacitar os ACS para a orientação de usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

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

Detalhamentos:

Para o monitoramento da qualidade dos registros de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde serão coletados em todas as consultas numa planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamentos:

Vamos ter estrito controle para manter as informações do SIAB atualizadas, realizando a ficha de acompanhamento com os dados que sejam necessários.

Será estabelecido estrito controle por parte da equipe para levar o registro das informações e será utilizada a planilha de coleta de dados que será avaliada mensalmente para se obter o controle e identificar as situações de alerta.

Serão responsáveis, o médico, a enfermeira para esse monitoramento dos registros.

Engajamento Público

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

Detalhamentos:

Vamos realizar palestras nas comunidades para orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da Prática Clínica

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

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

Detalhamentos:

Vamos aproveitar as reuniões que ocorre na UBS para capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

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

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

Detalhamentos:

Vamos realizar nas primeiras consultas a estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamentos:

Vamos levar controles mais periódicos aos pacientes avaliados como de alto risco e estabelecer a agenda para o atendimento desta demanda.

Engajamento Público

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

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

Detalhamentos:

Vamos realizar palestras nas comunidades para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo (em especial a avaliação dos pés, no caso de usuários diabéticos).

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

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

Detalhamentos:

Vamos aproveitar às reuniões que ocorrem na UBS e capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos

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

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

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários diabéticos

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

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

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

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

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

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

Detalhamentos:

As orientações das consultas de enfermagem, médica e do dentista serão registradas na ficha espelho e passadas para a planilha de coleta de dados, a qual possibilitará fazer o monitoramento das informações passadas.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

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

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

Detalhamentos:

Vamos estabelecer os materiais necessários e profissionais responsáveis, bem como programar as datas das atividades e sua divulgação.

Vamos estabelecer parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades de orientação da atividade física e articular com o gestor para priorizar o nutricionista nestas atividades.

O gestor deverá comprar os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Vamos responsabilizar a participação do odontólogo na realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos já seja em nível individual como coletivo.

Engajamento Público

- Orientar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamentos:

Vamos realizar palestras nas comunidades para orientar aos usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamentos:

Vamos realizar palestras nas comunidades para orientar aos usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e higiene bucal/

2.3.2 Indicadores

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

Meta.1.1. Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Indicador 1.1 - Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos na UBS.

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Indicador 1.2 – Cobertura do programa de atenção aos usuários diabético na UBS.

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador 2.1-: Proporção de usuários hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.2 – Proporção de usuários diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número de usuários diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador2.3- Proporção de usuários hipertensos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador2.4- Proporção de usuários diabéticos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.5 - Proporção de usuários hipertensos- com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA

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

Denominador: Número de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6 **Proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA**

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

Denominador: Número de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

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

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

Indicador 2.8 **Proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

Numerador: Número de usuários diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

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

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

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

Indicador 3.1 - Proporção de usuários hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa

Numerador: Número de usuários hipertenso- faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

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

Indicador 3.2 - Proporção de usuários diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa:

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

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

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

Numerador: Número de usuários hipertenso- cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários hipertenso- cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.2- Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular:

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de usuários hipertenso- cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador 6.3 - Proporção de usuários hipertensos- com orientação sobre prática de atividade física regular:

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

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de usuários 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 usuários hipertensos- com orientação sobre os riscos do tabagismo:

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

Denominador: Número de usuários hipertenso- 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 usuários diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo:

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

Denominador: Número de - usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 -Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre higiene bucal:

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

Denominador: Número de usuários hipertenso-cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

2.3.3 Logística

. A intervenção na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos está utilizando os protocolos do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica,

Cadernos de Atenção Básica a saúde de HAS e DM. Brasília-DF 2006). O mesmo já disponível na UBS que é utilizado quando necessário para esclarecimento de dúvidas da equipe. Os Instrumentos de registros específicos do atendimento e das ações realizadas adotados pela equipe serão: Prontuários individual, Ficha-espelho (individual) ,Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal.

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

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal orientações recebidas e participação de atividades educativas, por isso para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e a enfermeira vão anotar estes dados na Ficha Espelho.

Temos protocolos de atendimento, mas não são todos os usuários que possuem prontuários, sendo que são registrados todos os atendimentos dos adultos com HAS e DM nos prontuários clínicos e fichas gerais existentes em arquivos específicos para os registros dos atendimentos. O enfermeiro e os ACS possuem um livro para seu controle. Todas as terças-feiras serão feitas as consultas de HIPERDIA, e todos os ACS agendam as consultas aos seus usuarios uma vez ao mês e realizam um levantamento em sua micro área, identificando os usuários faltosos para encaminhar na UBS, e todas as semanas será revisado pelos ACS e enfermeira quantos exames foram realizados e quantos faltaram

Para estas duas doenças (HAS e DM) foi feito um livro onde se anotarão todos os dados necessários que nos permita posteriormente avaliar os indicadores, os resultados também serão anotados em todos os prontuários.

Faremos contato com os gestores municipais para dispor das fichas necessárias e imprimir as fichas complementares que foram anexadas aos prontuários dos usuários.

Pretendemos, durante a intervenção cadastrar 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência da unidade de saúde

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

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

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e o médico revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 4 meses. Os profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e para a Ficha Complementar, ao mesmo tempo realizaremos o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com medida da sensibilidade dos pés.

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

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

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

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

Monitoraremos a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos/diabéticos, bem como sobre a periodicidade recomendada para estes exames. Também será monitorado semanalmente os hipertensos/diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Também monitoraremos o acesso dos usuários diabéticos e hipertensos a medicamentos da Farmácia Popular.

Monitoraremos o Livro de Registros onde se registra a aferição da PA e realização de Glicemia capilar de todos os usuários maior de 18 anos que freqüentem a UBS.

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

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

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

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

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

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

Para efeito de levantamento de dados e atualização do número de usuários Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe utilizaremos os dados dos ACS fornecidos pela Ficha A do SIAB.

Com o apoio dos ACS buscaremos cruzar as informações do SIAB com os dados levantados na UBS para sabermos a real cobertura da equipe nesta ação programática.

Para garantir o registro dos usuários hipertensos/diabéticos no Programa a equipe estará atendendo aos Hipertensos e diabéticos com consulta programada na terça e quinta feira durante a semana.

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

O Cadastramento durante a Intervenção será realizado pelo médico e enfermeiro na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar, com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde .

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

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

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

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

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

Organizaremos a agenda da equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal do município de forma que garantamos o atendimento em saúde

bucal para os usuários Hipertensos e Diabéticos, principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após a avaliação do médico e do Enfermeiro da equipe.

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

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

No Eixo de Engajamento Público, para sensibilizar a comunidade, serão realizadas reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informo a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitaremos o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertenso e diabético, orientando-os sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento dessas doenças. Orientaremos os usuários hipertensos e diabéticos e à comunidade quanto aos riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares. Sensibilizaremos os hipertensos e diabéticos e à comunidade sobre a importância de assistir às consultas agendadas Estas atividades de educação em saúde se realizarão através de palestras , conversas , atividades com grupos de usuários hipertensos e diabéticos ,e serão responsável o medico e o enfermeiro ,porém com a participação de toda a equipe .

No eixo de Qualificação da Prática Clínica , para viabilizar a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo temos que a análise situacional da definição de o foco de intervenção foi discutido com a equipe na UBS,assim começamos com a capacitação sobre o Protocolo do Hipertensão e Diabetes pelo MS para que toda a equipe utilizara iguais referencias com o manejo dos usuários hipertensos e diabéticos. As reuniões e capacitações ocorrerão na UBS forem reservadas duas horas ao final do expediente, no horário da reunião da equipe e forem realizadas nas duas primeiras Semanas da Intervenção. As capacitações acerca do protocolo serão ministradas/coordenadas pelo médico, enfermeiro. Inicialmente trabalhamos sobre os fatores de risco para estas duas doenças. Capacitamos os ACS para o cadastramento de usuários hipertensos e

diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e utilização correta da Ficha B do SIAB. Capacitaremos a Técnica de Enfermagem para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Médico e enfermeira buscarão atualizar sobre a realização de exames clínicos apropriados e exames complementares baseados no Protocolo e para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sua importância do registro desta avaliação. Serão também orientado em capacitação a equipe sobre estratificação de risco, mesmo que esta avaliação seja feita em consulta clínica, toda a equipe deve conhecer os critérios desta estratificação. Discutiremos na capacitação as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular /hiperdia. Buscaremos capacitar os ACS e demais componentes da equipe para a orientação de usuários hipertensos e diabéticos quanto à importância do acompanhamento regular das consultas e sua periodicidade. melhorando nossa preparação profissional e metodológica incluindo a enfermeira, os ACS e a técnica de enfermagem sobre os seguintes temas: orientações nutricionais gerais e específicas relacionadas à alimentação, em especial nas situações de doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão, Obesidade e Hipercolesterolemia, protocolos de acolhimento e tratamento aos usuários hipertensos e diabéticos, cuidados gerais e específicos com os portadores de HAS e DM, diagnóstico e tratamento do alcoolismo; da obesidade; do sedentarismo e do tabagismo, diagnóstico e tratamento e prevenção de HAS e DM na Atenção Primária de Saúde.

Faremos contato com a associação demoradora com os representantes da comunidade na área de abrangência e apresentaremos o projeto de intervenção esclarecendo a importância da realização dele, aqui descreveremos os problemas, nós críticos, as operações, o produto e os resultados esperados e os recursos necessários para sua realização.

Será oferecida capacitação as comunidades nas escolas, na igreja, para que todos aqueles que queiram possam acessar e receber as informações com relação à importância de modificar os hábitos de vida para diminuir a quantidade de pacientes com fatores de risco modificável que podem desencadear a doença em um momento determinado, e aumentar as ações de saúde para fazer pesquisa ativa

dos usuários com Hipertensão e Diabetes, organizar a agenda para aumentar os atendimentos dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde, com isto vamos conseguirmos ter a agenda organizada e vamos aumentar a satisfação dos educativos que falem de Hipertensão e Diabetes, para isso necessitou diferentes recursos tais como recurso financeiro para a elaboração dos panfletos educativos e o interesse e colaboração da equipe para aumentar seu conhecimento e seguir adiante com as ações.

3Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante estas 12 semanas de desenvolvimento do trabalho de intervenção na UBS de CAMPESTRE do município COCAL, foram realizadas todas as atividades como se planejaram no cronograma, a logística, a planilha de objetivos, metas, indicadores e ações do programa de HIPERDIA.

No decorrer da intervenção, foi realizada uma vez por semana no período da manhã a reunião com a equipe para o monitoramento e avaliação de todas as atividades do projeto de intervenção, desde seu cumprimento até a qualidade do preenchimento das fichas espelhos, assim como o preenchimento dos formulários do HIPERDIA. Fizemos análise do comportamento dos indicadores de cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco, e promoção da saúde e acompanhando cada resultado alcançado pudemos avaliar se estavam sendo alcançados os objetivos propostos e isto nos alertava sobre a necessidade de mudanças nas estratégias traçadas.

Com relação ao eixo de organização e gestão dos serviços, logo na primeira semana se realizou uma pequena reunião com a equipe de saúde, para apresentar a intervenção previamente conhecida na divulgação do projeto de intervenção, onde se solicitou o apoio para a logística da intervenção, definição do papel de todos os profissionais nas ações programáticas, organização para a impressão das fichas espelhos, necessárias para o desenvolvimento do projeto. Tivemos no primeiro mês, um contratempo com a assistência dos pacientes do grupo de HIPERDIA devido ao atraso nas férias, mas que foi resolvido pela preocupação dos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares.

Tivemos dificuldade para a organização da agenda compartilhada com profissional odontólogo, já que o mesmo não trabalha em nossa unidade de saúde, mais através na conversa com nossa secretaria de saúde foi programada em dois turnos semanais nossas consulta em outro ESF São Pedro que conta com atendimento odontológico e de esse jeito logramos o porcentagem obtido, mais tivemos dificuldade com alguns usuários idosos que foi impossible sua assistência medica e traslado do interior ate o município. A participação desse profissional foi restrita, de forma que não demonstrou muito interesse em aderir às ações com a equipe para a qualificação da atenção de HIPERDIA conforme estabelecido no

Projeto de Intervenção, mas com nosso esforço conseguimos garantir a assistência para alguns usuários. A gestão nos garante a disponibilização de materiais e insumos para a realização das atividades. Também não tivemos dificuldades com as visitas domiciliares porque estas são programadas todas as semanas para a busca de usuários faltosos e para o atendimento, sendo a falta de transporte resolvido pela ajuda da ambulância da área.

Nestas semanas de trabalho, foram realizados vários contatos com gestores e ACS, assim como líderes da comunidade, para diante das visitas domiciliares, terem a orientações sobre a importância das consultas, assim como a necessidade de avaliação por odontologia e dos exames complementares. Foram realizadas as atividades de educação em saúde na comunidade, onde participaram toda a equipe do NASF (assistente social, psicóloga e fisioterapeuta), sendo que algumas destas atividades não foram cumpridas na data do cronograma porque foram prejudicadas pela ausência da diretora do centro e pela chuva, mas foram cumpridas em outras datas.

Todas as semanas como rotina da equipe que trabalho na zona rural, com apoio do ACS e a técnica de enfermagem, foram realizadas atividades de educação em saúde com temas diversos: como evitar fatores de risco, importância da alimentação saudável, realização de atividades físicas, atendimento odontológico, saúde bucal.

Foram melhoradas as condições da sala de espera com TV e vídeos educativos, para melhorar o acolhimento das pessoas.

No eixo de qualificação da pratica clinica tivemos a ação de capacitar a equipe de saúde desde a primeira semana de intervenção e estendeu-se por mais duas semanas começando com a capacitação dos ACS. Esta capacitação se realizou na UBS e foi feita pela médica. Capacitaram-se os ACS para a busca ativa de faltosos, os enfermeiros para avaliação nas consultas de HIPERDIA e indicação dos exames complementares. Realizou-se capacitação a todos os profissionais sobre o acolhimento ao grupo de HIPERDIA dando prioridades nas consultas, sobre a saúde bucal, onde se analisaram os problemas associados a uma saúde bucal adequada com propósito de melhorar os indicadores.Utilizamos como protocolo o Caderno de Atenção Básica - Atenção ao HAS e DM2012.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Tivemos a dificuldade com as visitas domiciliares pela falta de transporte, porém tivemos melhora devido à organização dos ACS e com o uso da ambulância de nossa área, sendo as visitas feitas parcialmente. Tivemos também dificuldade em garantir as primeiras consultas odontológicas programáticas, já que não contamos com a presença deste profissional em nosso posto de saúde e a pouca adesão do mesmo às ações da intervenção, mas fizemos palestras e fizemos o que podíamos para assistir a esses usuários nas consultas e atendimento programado pela secretaria de saúde em outro ESF São Pedro.

Também tivemos dificuldades com na realização de exames complementares, pois não contamos com laboratório em nosso município, fazendo com que os usuários tenham que viajar para realizá-los. Conseguimos abranger alguns usuários, devido à preocupação dos ACS, em garantir que os usuários fossem às consultas com exames realizados.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Nas primeiras semanas de intervenção, tivemos problemas no preenchimento correto das fichas espelhos por falta de prática dos profissionais, problema que foi resolvido com a capacitação, porém do primeiro dia do grupo de HIPERDIA, aos usuários que foram acompanhados nessa semana, não havia sido preenchido a ficha espelho, e por isso, tivemos problemas com vários indicadores que foram resolvidos no transcurso das próximas semanas. Não tivemos maiores problemas com as planilhas de coleta de dados de HIPERDIA, já que a equipe organizou estratégias para o fechamento dessas planilhas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviço

As ações previstas no projeto todas estão vinculadas com a rotina da UBS aproveitando-se todos os momentos das atividades diárias da equipe para aplicar o que está previsto, como a busca ativa de faltosos, priorizarem o atendimento odontológico, fazer atividades de educação em saúde. A equipe está organizada para que alcance seus objetivos e metas. Deve ser melhorado o espaço físico da sala de espera da UBS, para o melhor acolhimento do usuário e também

para o desenvolvimento das atividades em grupo, já que a unidade de saúde é muito procurada pelos usuários e assim podemos fazer essas atividades com boa qualidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Minha UBS fica na área de saúde no interior de CAMPESTRE, onde a equipe do PSF atende, com uma população estimada de 5000 pessoas. Vamos trabalhar atingir o número de 250 usuários hipertensos e 188 usuários diabéticos dado pela secretaria de saúde de nosso município..

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos na unidade de saúde.

No primeiro mês, foram cadastrados 46 usuários hipertensos (18,4%), no segundo mês foram cadastrados 115 usuários (46%), e no terceiro mês foram cadastrados 225 usuários com hipertensão (90%). Os cadastros foram aumentando à medida que as semanas aumentavam. Os resultados obtidos durante o período de intervenção foram valiosos e benéficos para Unidade de Saúde, não conseguimos nosso objetivo de alcançar o 100% devido ao curto tempo, mas a participação dos ACS foi fundamental para no levantamento dos usuários hipertensos, já que garantiram a participação em cada uma das atividades feitas por nossa equipe, da busca e organização dos locais onde se desenvolviam as palestras, foram também de grande apoio nas visitas domiciliares de todos os usuários hipertensos faltosos e graças a eles todos citados assistiam a consulta. Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos, primeiramente a equipe recebeu capacitação sobre o protocolo de atendimento adotado e foram definidos os profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento. Foi organizada a agenda de consultas médicas e de enfermagem, a fim de organizar as consultas de retorno e as primeiras consultas encaminhadas pelos agentes de saúde e também da demanda espontânea. Para os usuários que vierem a UBS com queixa aguda relacionada a esta patologia foi garantida consulta no mesmo dia.

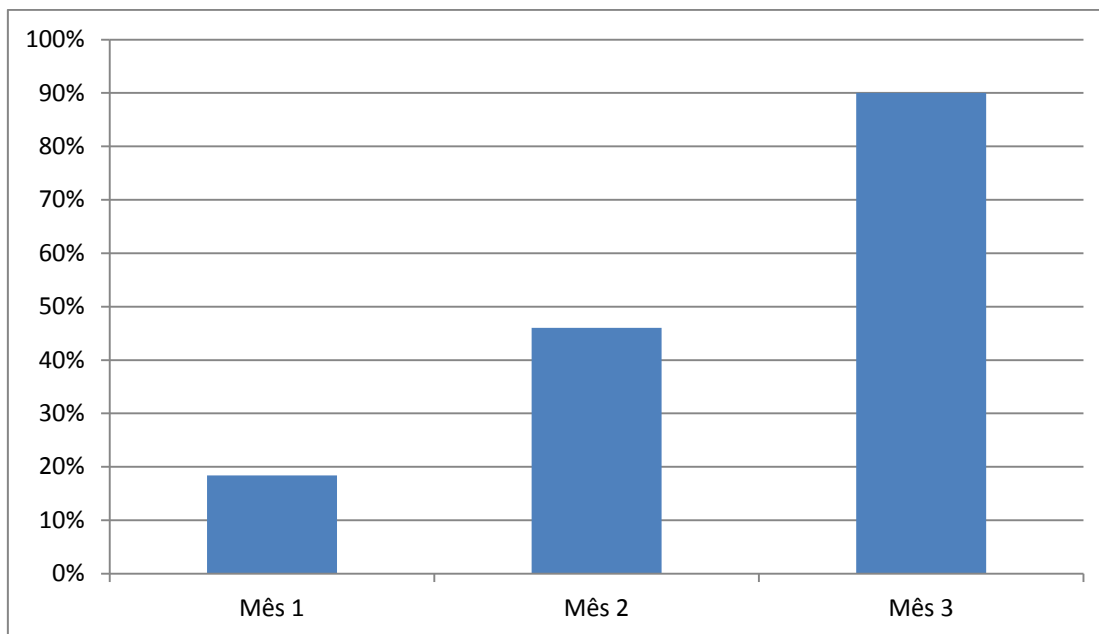


Figura 1

- Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao usuários diabético na UBS.

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 31 diabéticos (16,5%), no segundo mês cadastramos 87 usuários(46,7%), e no terceiro mês foram cadastrados 136 usuários (72,3%). Não conseguimos alcançar 100% dos usuários, principalmente ao curto tempo da intervenção, mas novamente a participação dos ACS foi fundamental para no levantamento dos diabéticos. A equipe foi capacitada para realização do hemoglicoteste, preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas. O monitoramento da cobertura dos usuários diabéticos cadastrados no programa ocorreu semanalmente através da revisão das fichas de cadastro dos agentes comunitários de saúde, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilha próprias para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização.

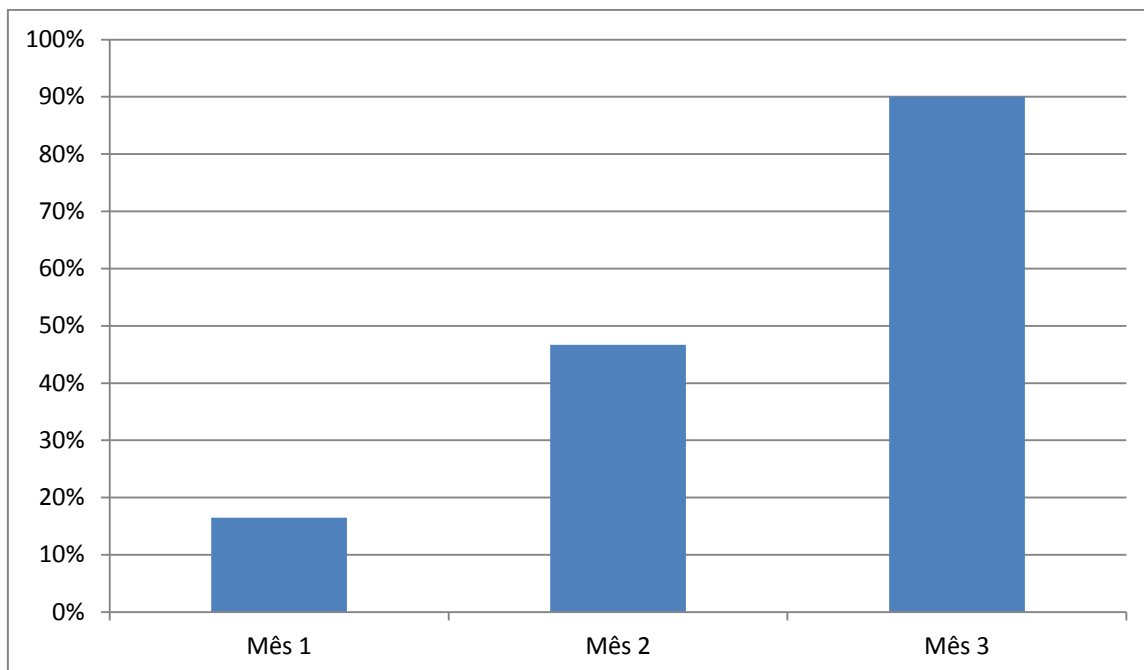


Figura 2- Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Meta 2.1 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos de acordo com o protocolo.

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

Em relação a melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos, na primeira meta planejou-se realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos, observamos que a proporção de hipertensos que apresentam exames clínica em dia foram 39 de 46 usuários (84,8%), no segundo mês foram 108 de 115 usuários (93,9%) e no terceiro mês completamos 218 de 225 usuários (96,9%), conforme demonstrado na figura 3. Estivemos perto do nosso objetivo de alcançar 100% e ficamos satisfeitos. Foram desenvolvidas várias ações como monitorar o número de usuários hipertensos com exames clínicos solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Para o monitoramento se realizou exame clínico aos usuários com HAS, foi coletada numa planilha de coleta de dados e o registro foi feito em todas as consultas pelo médico e enfermeira utilizando a ficha específica do programa. Além disso, foram capacitação os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Foi

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

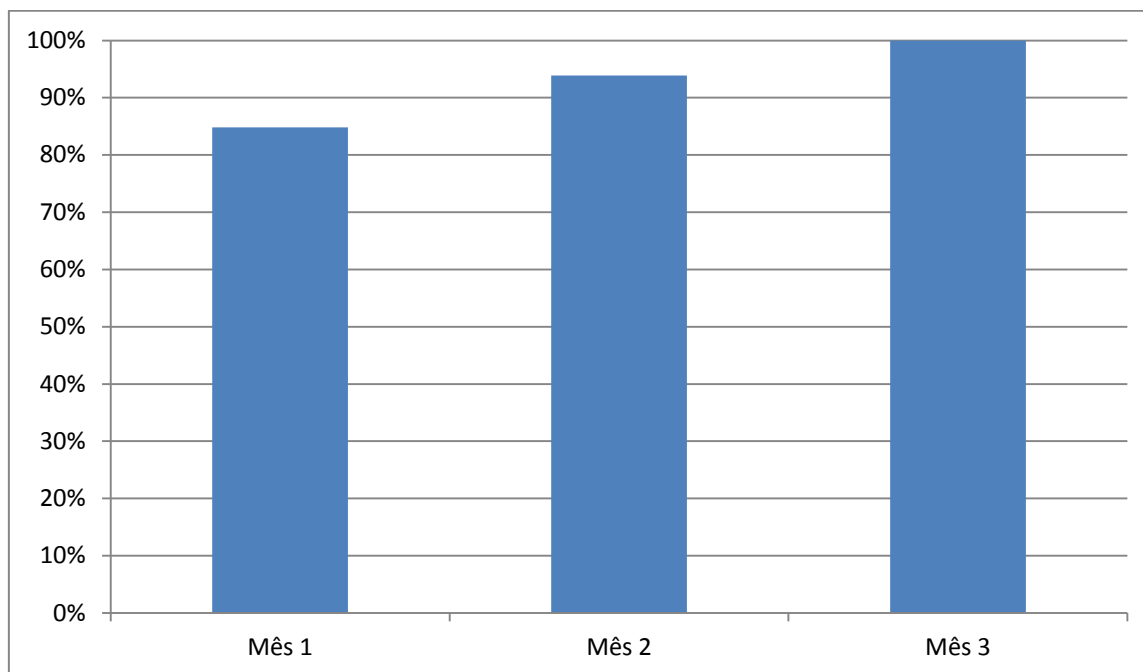


Figura 3 – Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 2.2-. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários Diabéticos de acordo com o protocolo.

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

Em relação ao melhorar a qualidade da atenção aos usuários diabéticos à primeira meta planejou realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos observamos que a proporção de diabéticos que apresentam exames clínicos em dia no primeiro mês quando iniciamos o grupo foram 28 de 31 usuários (90,3%), no segundo mês foram 84 de 87 usuários (96,6 %) e no terceiro mês completamos 133 de 136 usuários (97,8%). Não alcançando assim nossa meta de 100 %. Foram realizados um exame clinico como estabeleceu o protocolo. Foram desenvolvidas várias ações como monitorar o número de usuários diabéticos com exames clínicos solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Para o monitoramento realizou-se exame clínico aos usuários com DM, foi coletada numa planilha de coleta de dados e o registro foi feito em todas as consultas pelo

médico e enfermeira utilizando a ficha específica do programa. Além disso, foram capacitados os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Foi garantido o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, além disso, foi solicitada a secretaria de saúde fitas para a aferição da glicemia capilar e fita métrica para as medidas de circunferência abdominal e braquial.

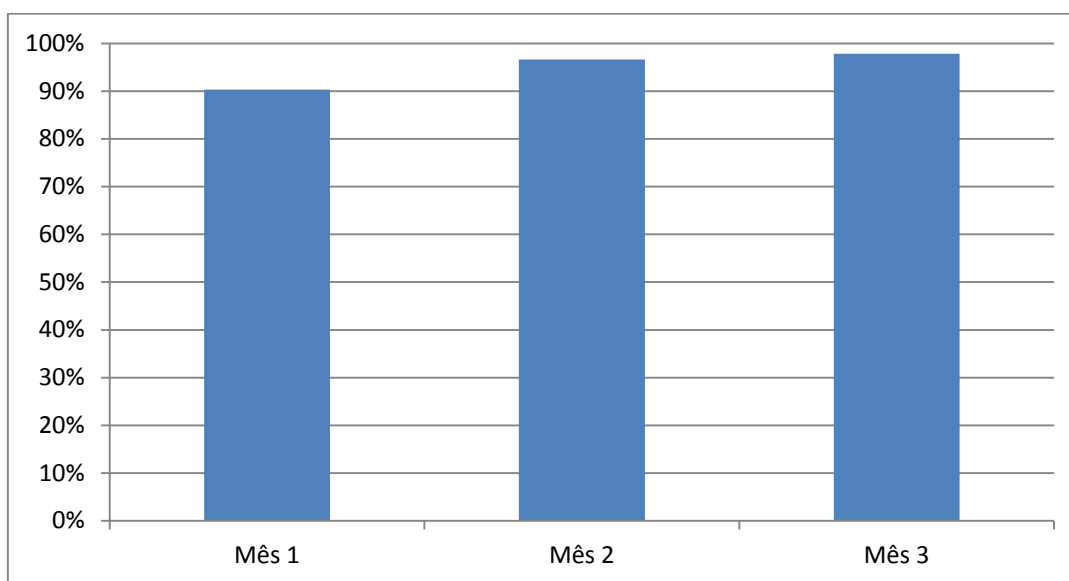


Figura 4 – Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS, CAMPESTRE, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Observou-se que a proporção de usuários hipertensos que apresentam exames periódicos em dia no primeiro mês quando iniciamos a intervenção foi de 37 de 46 usuários (80,4%), no segundo mês foram 99 de 115 usuários (86,1 %) e no terceiro mês completamos 189 de 225 usuários (84,0%), conforme demonstrado na figura 5. Não alcançamos nossa meta de 100%, já que não contamos em nossa área com um posto laboratorial e os usuários tem que viajar ao outro município, mas foram realizados os exames complementares como estabeleceu o protocolo, aqui foi

de grande ajuda o trabalho dos ACS que orientavam os usuários a comparecer a consulta com todos os exames.

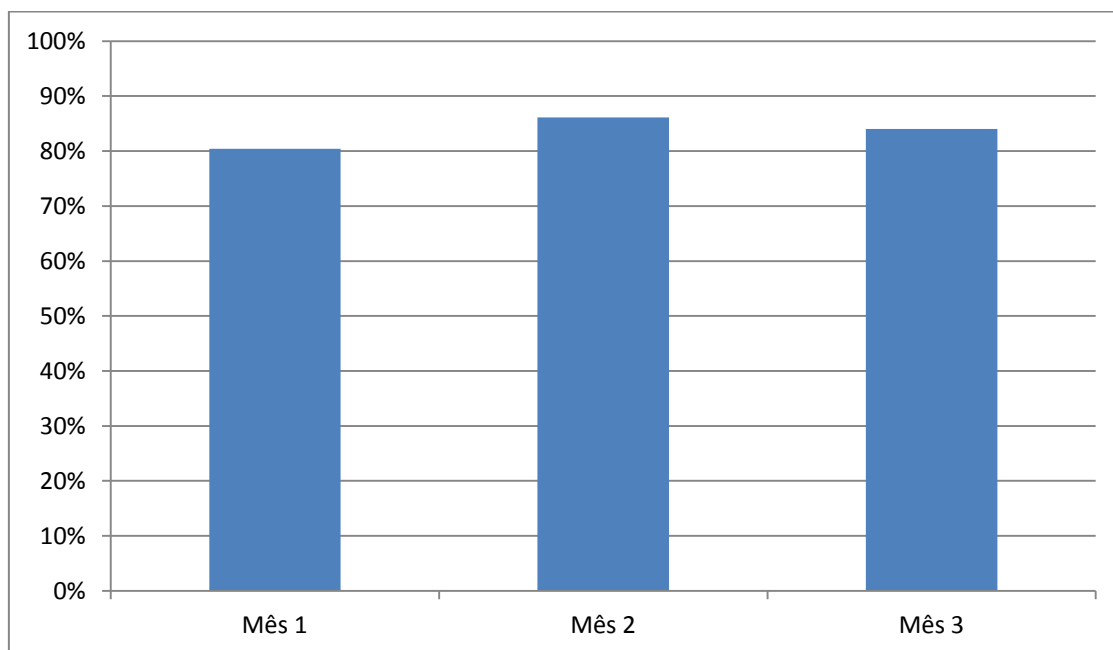


Figura 5 – Proporção de hipertensos com os exames complementares de dia de acordo com o protocolo na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Em relação a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo para os usuários diabéticos, observamos que a proporção de diabéticos que apresentam exames periódicos em dia no primeiro mês quando iniciamos a intervenção foi de 28 de um total 31 usuários (90,3 %), no segundo mês foram 78 de 87 usuários (89,7%) e no terceiro mês completamos 106 de 136 usuários (77,9%), figura 6. Não alcançamos a meta de 100% ao final da intervenção, devido as mesmas causas antes citadas com os usuários HAS, mas foram organizados os serviços de coleta de exames para alcançar a eficiência aos usuários com DM.

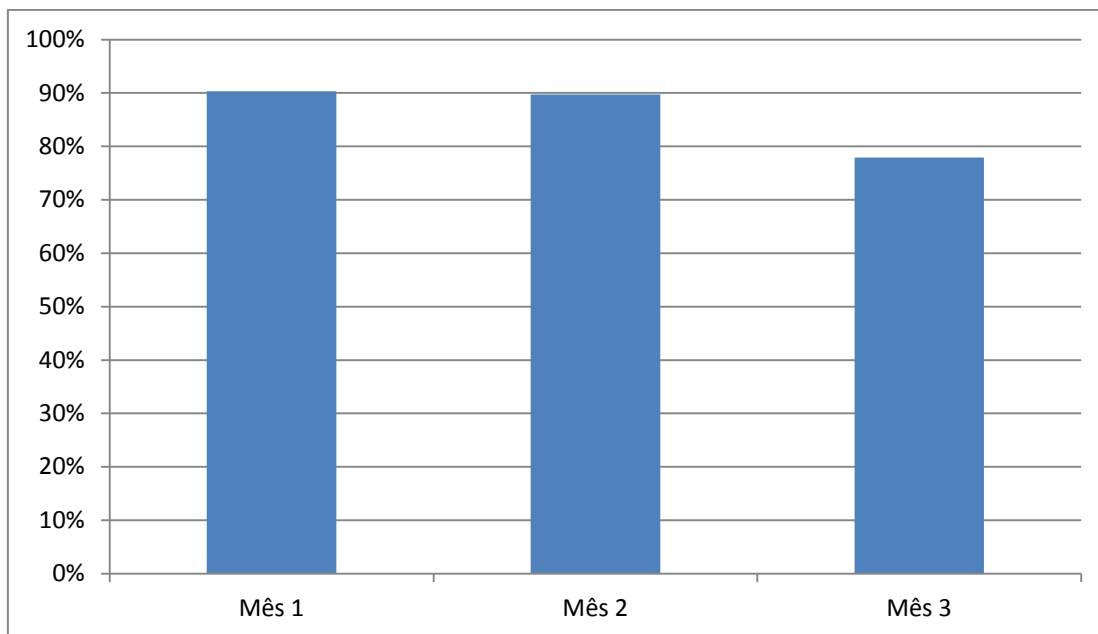


Figura 6 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 2.5 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 2.5 - Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia priorizada

Nessa meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde, podemos verificar através da coleta dos dados referidos que no primeiro mês de intervenção foi de 46 usuários (100%), no segundo mês foram 115 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 223 de 225 usuários (99,1%), figura 7. Neste aspecto podemos perceber que a farmácia da USB apresenta os remédios necessários para o controle da patologia. Foi elaborado um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde, onde a técnica de farmácia mantinha estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

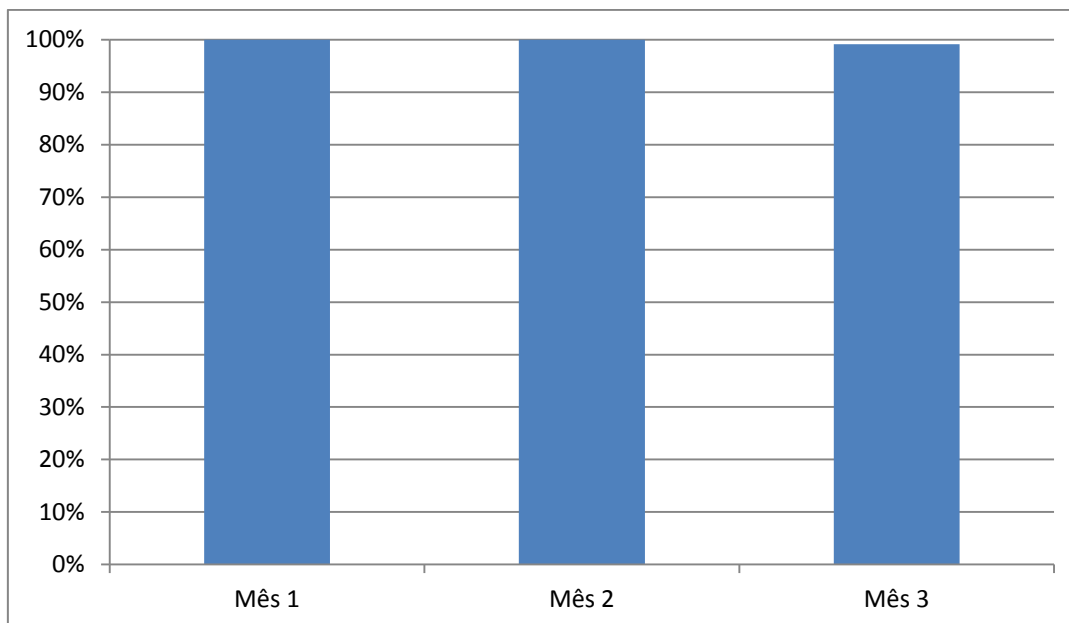


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdiapriorizada na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 2.6 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários Diabéticos.

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

Na meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde, podemos verificar através da coleta dos dados referidos que em dia que no primeiro mês foram prescritos os medicamentos para 31 usuários (100 %), no segundo mês foram 87 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 134 de 136 usuários (98,5 %), conforme demonstrado na figura 8. Aqui acontece o mesmo que com os usuários que apresentam hipertensão arterial, sendo que neste aspecto podemos falar que a farmácia da USB apresenta os remédios necessários para o controle dessa patologia.

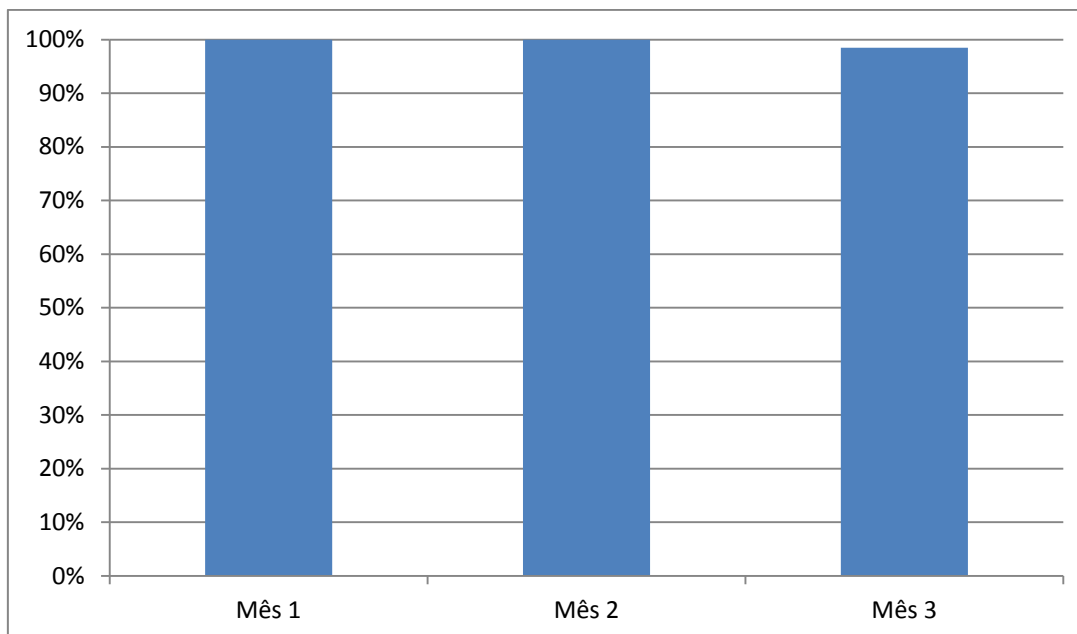


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Neste indicador, no qual a meta foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico à 100% dos usuários hipertensos, a consulta odontológica em dia no primeiro mês de intervenção foi feita em 31 de 46 usuários (67,4%), no segundo mês foi feita em 87 de 115 usuários (75,7 %) e no terceiro mês completamos 175 de 225 usuários (77,8 %), conforme demonstrado na figura 9. Não alcançamos 100% dos usuários hipertensos, pois não contamos com atendimento direito de odontologia no posto de saúde, e as pessoas idosas têm muitas dificuldades de acessibilidade até o município para fazer o atendimento em outra ESF São Pedro, mas foram garantidas as consultas com os profissionais presentes para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos, assim como foi capacitada a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico à essa população.

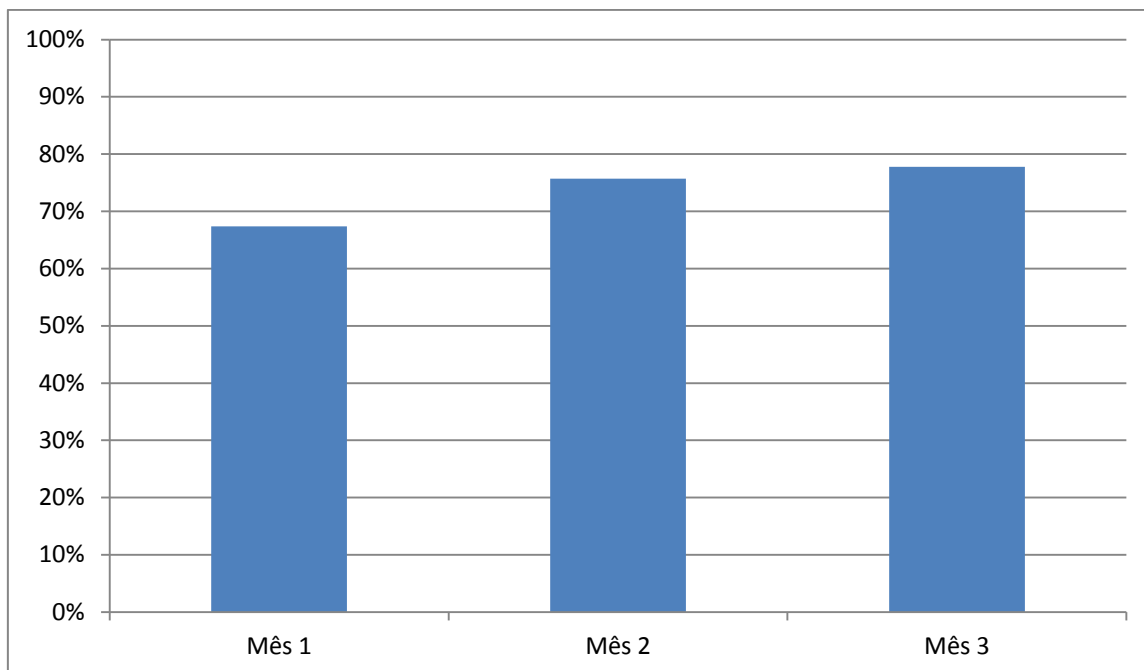


Figura 9 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Em relação às consultas odontológicas dos usuários diabéticos não cumprimos a meta de garantir 100% de avaliação da necessidade de atendimento odontológico com consultas periódicas com dentista já que aconteceu do mesmo jeito que com os usuários hipertensos, mas os resultados alcançados foi o seguinte: no primeiro mês avaliamos 26 de 31 usuários (83,9 %), no segundo mês foram 74 de 87 usuários (85,1 %) e no terceiro mês completamos 102 de 136 usuários (75,0 %), figura 10.

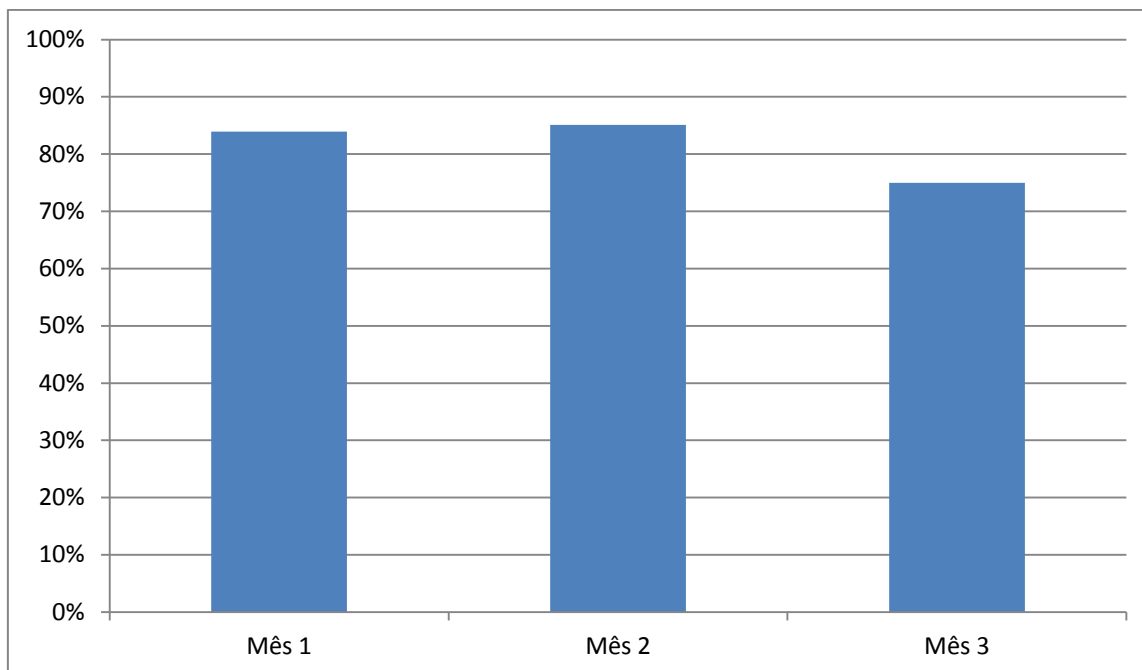


Figura 10 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Indicador3.1 - Proporção de usuários hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Com relação ao objetivo melhorar a adesão de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa a primeira meta foi buscar aos 100% dos usuários hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada de acordo com o indicador a proporção de usuários hipertensos com atraso nas consultas no primeiro mês foi de 22 usuários (100 %), no segundo mês foram 14 usuários (100 %) e no terceiro mês completamos 24 usuários (100 %).

Como se pode observar foi um trabalho muito intenso para os agentes de saúde, pois os mesmos tiveram que procurar uma grande quantidade de usuários para que assistissem a consulta como o estabelecido nos protocolos, o quais não assistiam devido a que se encontravam trabalhando até altas horas do dia e alguns idosos das diferentes microáreas que era impossível chegar até o posto de saúde mas não foi em vão, depois de tanta insistência já procuravam a UBS. Creio que agora os usuários estão procurando mais o atendimento, já que a seguia intensa do

trabalho de prevenção ainda continua. Foram garantidas as visitas domiciliares para buscar os faltosos e foram realizadas palestras nas comunidades para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

O número de usuários diabéticos faltosos às consultas que foi realizada a busca ativa, no primeiro mês foi de 10 usuários (100%), no segundo mês foram 12 usuários (100 %) e no terceiro mês completamos 18 usuários (100 %), atingindo nossa meta nos três meses de intervenção. Com os usuários diabéticos aconteceu o mesmo que com os usuários hipertensos, ressalto de novo o trabalho de os agentes comunitários.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

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

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

Com relação ao objetivo de melhorar o registro das informações a meta foi manter ficha de acompanhamento dos 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde, observa-se que no primeiro mês, alcançamos 44 de 46 usuários (95,7%), no segundo mês foram 113 de 115 usuários (98,3%) e no terceiro mês completamos 201 de 225 usuários (89,3%). Como é observado na figura 11, quase atingimos nossa meta,mais não foi alcançada já que tivemos que trabalhar na capacitação de nosso equipe para a realização da coleta de dados e ficha espelho sendo que ainda estamos trabalhando com alguns registros que faltam, mas agradecemos o trabalho de toda a equipe de saúde. Foi organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta em quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento. Além disso, foram coletados em todas as consultas em uma planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa.

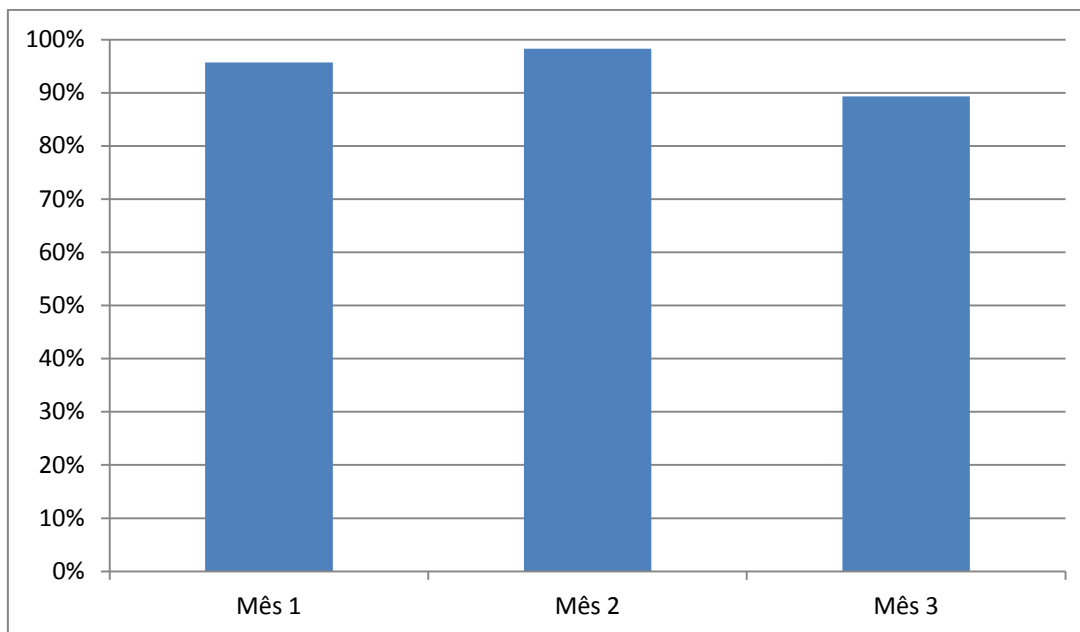


Figura 11 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Neste indicador o objetivo foi manter ficha de acompanhamento em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Alcançamos nossa meta nos dois primeiros meses de intervenção, sendo que no primeiro mês foram alcançamos 31 usuários (100%), no segundo mês foram 87 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 116 de 136 usuários (85,3 %), conforme figura 12. Aconteceu o mesmo com os usuários hipertensos, mas com a continuidade da intervenção, vamos conseguir alcançar que 100% dos usuários atendidos fiquem com uma ficha de acompanhamento adequada.

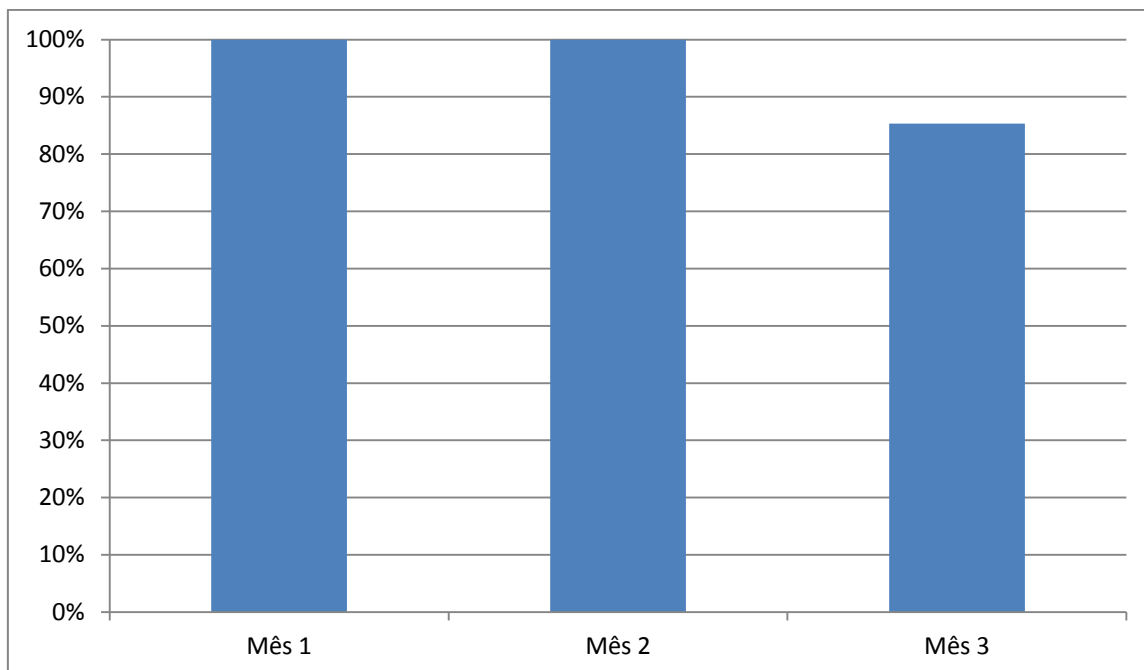


Figura 12 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Indicador5.1- Proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês, realizamos estratificação de risco em 42 de 46 usuários (91,3%), no segundo mês foram mapeados 111 de 115 usuários(96,5 %) e no terceiro mês completamos 221 de 225 usuários (98,2 %), figura 13. Neste aspecto não tivemos grandes dificuldades, pois como solicitamos todos os exames prévios à consulta e disponibilizamos consulta de um especialista de cardiologia que trabalha em outro município, praticamente quase todos usuários apresentaram a avaliação por esse profissional, e somando-se a avaliação clínica feita por nossa equipe de saúde, terminamos o projeto com 98,2% dos usuários com estratificação de risco cardiovascular. Realizaram-se palestras na comunidade para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além de esclarecer aos usuários quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), capacitando-se quanto a estratégias para esse controle.

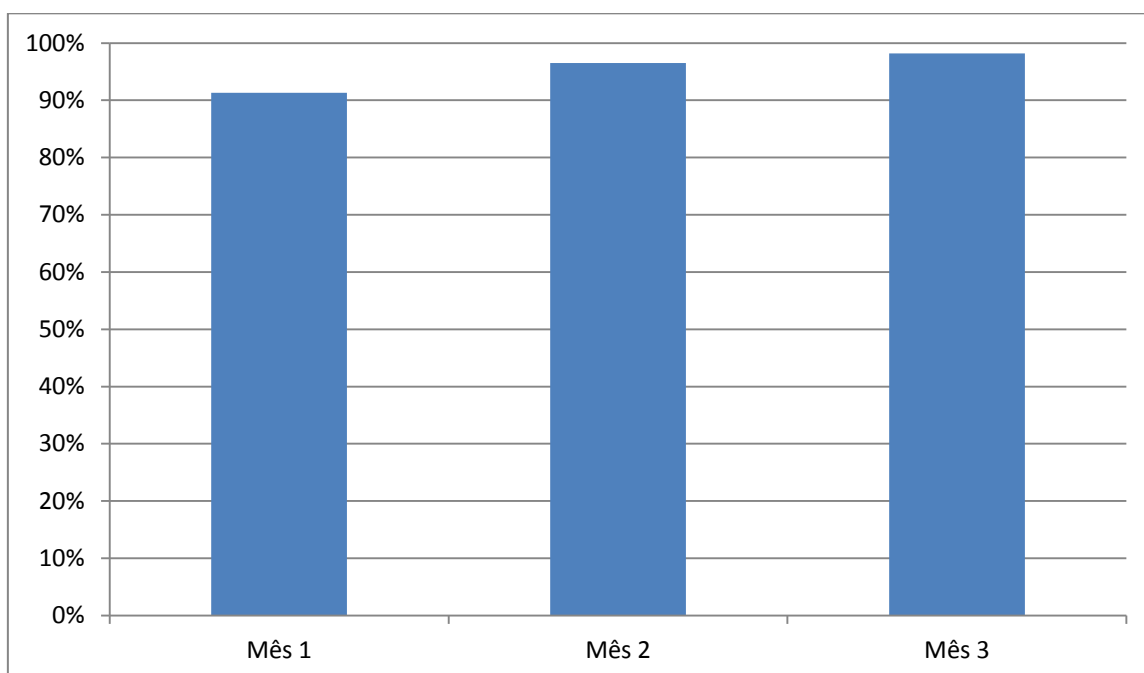


Figura 13 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em diana UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

A meta proposta de realizar estratificação do risco cardiovascular aos 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde teve a seguinte evolução. No primeiro mês, foi realizada a estratificação em 30 de 31 usuários (96,8 %), no segundo mês foram 86 de 87 usuários (98,9 %) e no terceiro mês completamos 135 de 136 usuários (99,3 %). Este aspecto, assemelhou-se os usuários com Hipertensão Arterial, sendo que quase conseguimos alcançar nossa meta.

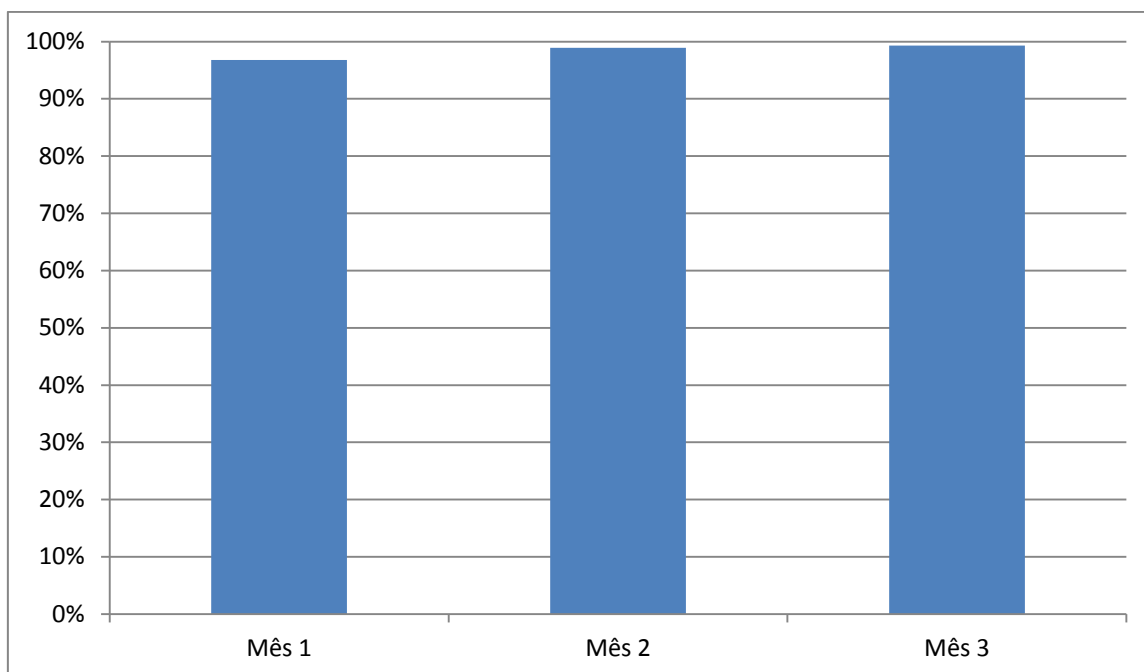


Figura 14 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em diana UBS, CAMPESTRE. 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7 - Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre saúde bucal.

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

Indicador 6.8 - Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre saúde bucal.

Todos esses temas com relação a promoção de saúde de usuários hipertensos e diabéticos, foram trabalhados por toda a equipe de saúde, sendo que conseguimos alcançar as orientações com relação ao estilo de vida saudável em 100% dos usuários. Para os usuários hipertensos, no primeiro mês de intervenção alcançamos 46 usuários (100%), no segundo mês foram 115 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 225 usuários (100%), para os usuários diabéticos, no primeiro mês, foram orientados 31 usuários (100%), no segundo mês 87 usuários (100%), e no terceiro mês 136 usuários (100%). Foram entregues folders de forma individual a cada usuário em consulta, realizando as orientações, contando também com apoio da psicóloga, nutricionista, professora de educação física, todo da equipe do NASF do município, onde existe o programa antitabagismo, para todos

os usuários que tenham vontade de parar de fumar. Foi garantida orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal a todos os usuários com hipertensão e diabetes de nossa área cadastrada e para o resto de população também.

Esta estratégia rendeu bons resultados, e a cada dia mais usuários buscam orientações com os profissionais de saúde, alguns buscando a prevenção das doenças. A evolução do indicador foi positiva, e ficamos muito satisfeitos com os resultados. Ajudamos uma grande parcela da população a eliminar riscos das patologias.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS foi uma conquista, sendo que conseguimos chegar a uma ampla cobertura em termos de atenção de HAS e DM, melhorando a preparação das listas de presença, fazendo mudanças de estilo de vida e erradicando a muitos deles, como o alcoolismo e o tabagismo, ampliamos a porcentagem dos exames complementares, bem como o atendimento odontológico, apesar das dificuldades que enfrentamos. Conseguimos que os usuários tivessem conhecimento de sua doença e ao cuidado para evitar complicações.

Para a equipe, a intervenção foi importante por melhorar a assiduidade e atenção ao grupo HIPERDIA, levando amor e dedicação para termos um bom impacto do nosso trabalho, que teve grande sucesso nossa equipe, que se manteve unida e é única, para que pudéssemos alcançar os resultados. Foi muito importante o trabalho de formação de todo o pessoal da equipe de melhoria de conhecimentos e competências, bem como a partilha com os usuários através de várias palestras e consolidado todo este trabalho no qual integramos médicos, enfermeiros, trabalhadores técnicos e de saúde. Nossa equipe de forma geral ficou mais unida, organizado e capacitado trabalho que foi reconhecido por todos, foi elogiado na capacidade de fortalecer o nível intelectual assim como preparação para desenvolver atividades de trabalho com êxitos e em conjunto.

Para o serviço, este aspecto foi reconhecido e bem sucedido com relação à atenção a esse grupo de HIPERDIA, por todos os trabalhadores de saúde. Nas visitas domiciliares, nos permitiu resgatar as consultas de usuários ausentes, bem

como os novos casos encontrados e diminuir a preocupação que tínhamos com os exames complementares e as consultas de assistência odontológica. Também o sucesso do trabalho e preparação dos registros, foi útil para melhorar o conhecimento dos trabalhões com relação aos cadastros e conseqüentemente melhorar a viabilização dos cuidados para esse usuário.

Graças ao trabalho de intervenção e nossa assistência chegamos a comunidade através de cuidados médicos, visitas domiciliares e palestras assim como atividades de grupos onde foi apreciado o nosso empenho e dedicação a este grupo HIPERDIA, com consultas à usuários ausentes e novos casos encontrados, cujos usuários ficaram satisfeitos e nosso trabalho não termina aqui, pois está aumentando a cada dia mais devido ao impacto obtido.

Se pudesse fazer diferente na intervenção, primeiramente iria disponibilizar toda a estrutura, instalações para a avaliação do trabalho e um melhor fluxo de atividades ou, pelo menos, assegurar uma boa coordenação intersetorial para a solução das dificuldades e da garantia de especialistas que iria apoiar o processo de intervenção.

A intervenção está sendo incorporada à rotina do serviço, porém para ela ser mais bem executada, precisamos melhorar o desempenho de exames complementares, atendimento odontológico e assistência especializada para avaliação em conjunto com o médico da UBS

Como colocado, terminamos o projeto, mas nós não terminamos nosso trabalho para atingir e superar as metas estabelecidas, para expansão e satisfação da equipe de saúde e da comunidade. Precisamos superar as dificuldades encontradas e manter o diálogo com os gestores para soluções dos problemas, mantendo o sucesso da intervenção e união da equipe alcançada durante esta intervenção, bem como o amor, devoção e dedicação para a recepção e tratamento dos nossos usuários, a fim de consolidar um trabalho bom, disponibilizando uma ótima qualidade de vida que requer e aguarda a nossa comunidade

5 Relatório da intervenção para gestores

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças muito freqüentes no mundo e no Brasil, que constituem um grave problema de saúde, econômico e social, pois ocasionam alto número de mortes, com elevado custo do tratamento das doenças e suas complicações, e impacto na vida dos doentes, a família, amigos e comunidade. Os profissionais de saúde devem então identificar comportamento de risco, fazer o diagnóstico precoce e indicar o tratamento oportuno, implementando estratégias de controle através da adoção de medidas que promovam saúde para prevenir ou retardar o aparecimento dessas doenças.

Com base nessa concepção, o projeto de intervenção de melhoria da atenção à saúde da pessoa com usuários hipertensão e/ou diabetes foi executado num período de 12 semanas com o envolvimento de nossa equipe da Estratégia Saúde da Família, que contou com a participação da comunidade, e o apoio do gestor e gerentes da saúde, e prefeitura. Nossa UBS de CAMPESTRE em COCAL,PIAUI, tem uma população estimada de 5000 pessoas, e possuía um total de 210 hipertensos e 64 diabéticos acompanhados na área da UBS, mas nosso rastreamento permitiu a identificação de casos novos de usuários diabetes e/ou hipertensos que não estavam cadastrados, num período tão curto, de apenas três meses, sendo que nossa meta era alcançar o total de 250 hipertensos e 188 diabéticos. Nesse período, cadastramos 225 hipertensos (90%) e 136 diabéticos (72,3%). Não alcançamos nossa meta, mas estamos satisfeitos com o resultado alcançado, que foi facilitada graças a um efetivo trabalho em equipe com a constante busca de usuários faltosos pelos agentes comunitários de saúde e pelo trabalho desenvolvido por todos os membros vinculado com a comunidade.

Enfrentamos poucas dificuldades e uma delas, foi à dificuldade com o transporte para fazer as visitas domiciliares e outras ações como controle de pressão arterial e açúcar no sangue – glicemia capilar, o qual foi resolvido por nossa secretaria de saúde no menor tempo possível. Outras dificuldades foram às situações climatológicas, de muitos dias chuvosos que afetaram o trabalho da equipe.

Foi muito importante para a intervenção, à relação mais próxima com os gestores, que trabalharam diariamente na área de saúde, bem como no âmbito setorial para alcançar metas, objetivos e resultados, sendo facilitada as dificuldades,

devido a esse envolvimento e apoio do governo, prefeitura e secretário de saúde, melhorando os nossos parâmetros. Gostaria de agradecer à essas instâncias pela reforma do nosso posto médico, garantindo assim um atendimento de qualidade a todos os usuarios, com ajuda do secretário de saúde para cumprir os cuidados médicos de qualidade, porque eles forneceram a documentação, modelagem e equipamentos médicos que faltam em nosso posto de saúde como na área de ginecologia e odontologia para trazer sucesso a este parâmetro.

É importante ressaltar que essa estratégia fez o secretário de saúde agilizar a realização de exames complementares no município, porque os usuarios têm que ir para outra cidade e como isso impediu o sucesso deste objetivo, percebemos a necessidade de ser revista essa questão. Também foi resolvida a dificuldade com o transporte, sendo que conseguimos uma ambulância para a realização de visitas domiciliares, em especial para os faltosos em consultas de pesquisa e visitas para acamados e pessoas com dificuldade de deambulação.

Entre as dificuldades que ainda subsistem e que precisamos resolver, seria equiparmos a Unidade, com apoio do governo e do secretário da saúde, uma vez que necessitamos de equipamentos médicos para atendimento eficaz, destacando os materiais curativos, e adequação da sala de ginecologia, o qual completaria nosso trabalho, assim como a administração de medicamentos básicos para os usuarios que está sendo resolvido com o cadastro da farmácia popular, e a presença de pelo menos um local adaptado para exames complementares no município, assistido por médicos especialistas para nos ajudar a avaliação completa da patologia como cardiologista, oftalmologista, endócrino e outros.

O resultado alcançado foi possível graças a um efetivo trabalho em equipe com a constante busca de usuários faltosos pelos agentes comunitários de saúde e pelo trabalho desenvolvido por todos os membros vinculado com a comunidade.

A intervenção já foi incorporada na rotina do serviço, pois os encontros continuam acontecendo, porém agora quinzenalmente, mas devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e principalmente dos familiares e dos diabéticos e/ou hipertensos, quanto à necessidade das mudanças de hábitos para alcançar uma melhor qualidade de vida e saúde. Percebo que a equipe está integrada e interessada em dar continuidade à intervenção enquanto rotina do serviço, porém continuamente temos que realizar avaliação da qualidade e da

atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, e o apoio dos gestores é de extrema importância para o sucesso alcançado até aqui e para a continuação da intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nossa UBS de CAMPESTRE em COCAL,PIAUI tem uma população estimada de 5000 pessoas. Elaboramos objetivos, metas e ações para intervir na realidade de nossos usuários com hipertensão e/ou diabetes, de 12 de março à 28 de maio de 2015. Nesse período, cadastramos 225 hipertensos (90%) e 136 diabéticos (72,3%). Procuramos garantir melhores registros, acolhimento, material, capacitação da equipe sobre o protocolo de atendimento, entre outros. Não atingimos a meta de 100% devido à diminuição do tempo de intervenção de 16 para 12 semanas, dificuldades apresentadas no curso da nossa caminhada diária para o desenvolvimento e sucesso do mesmo, problemas meteorológicos que também prejudicaram o trabalho a ser executado e tivemos dificuldade com o transporte para fazer as visitas domiciliares e outras ações como controle de pressão arterial e glicemia capilar, mas que foi resolvido por nossa secretaria de saúde no menor tempo possível.

Em nosso trabalho de intervenção do projeto,tivemos objetivos, metas e indicadores para a obtenção de resultados positivos que ajudaram a melhoria da nossa assistência médica e qualidade de vida que deveria suportar todos os usuários e independentemente de todas as dificuldades nossa equipe em geral sentiu-se satisfeita com a realização destas 12 longas semanas de trabalho duro e dedicação, porque, temos o apoio da comunidade, que está participando ativamente das ações, seja em grupos de risco, consultas, assistência médica, e eles ganharam o direito de saber sobre sua doença de base, o conhecimento de como viver e melhorar de modo a evitar complicações dessa doença e também reduzir muitos hábitos e mudanças de estilo de vida em geral, aumentando nosso trabalho de prevenção da doenças e promoção da saúde.

Tivemos assim esse sucesso na melhoria dos cuidados de saúde e isso também foi influenciado pelo exame clínico exaustivo e avaliação de estratificação de risco cardiovascular em que faz parte as nossas atribuições como profissionais de atenção primária, avançamos no atendimento odontológico através de outro EFS

Sao Pedro que apoio nosso posto de saúde o qual não conta com odontologista assim como na realização de palestras para esclarecer a importância do atendimento de suas patologias, conseguimos uma boa porcentagem dos exames complementares apesar da dificuldade no município de não ter laboratórios dentro do sistema, orientamos todos os usuários tratados a ter registro na farmácia popular para o alcance de seus medicamentos evitando assim a falta deles e as nossas palestras sobre as alterações nos estilos de vida, bem como a redução em muitos dos hábitos não saudáveis e prejudiciais para a saúde.

Em relação às ações realizadas todas foram muito importantes e de impacto para o serviço. A introdução do uso dos protocolos atualizados de atendimento de usuários hipertensos e diabéticos também foi fundamental na melhoria do atendimento em nossa unidade de saúde.

Quanto ao trabalho com a comunidade sobre prevenção e conscientização sobre doenças crônicas também deve ser continuado, é um trabalho sem fim, pois devemos sempre estar em contato com vocês e realizando trabalhos educativos, principalmente por ser uma comunidade com vulnerabilidades socioeconômicas e educativas, o que ocasiona maior dificuldade de entendimento e percepção dos riscos do não controle da doença, diversas orientações já foram indicadas, como a alimentação mais adequada e mais saudável, sinais e sintomas da doença e suas complicações.

.A intervenção já foi incorporada na rotina do serviço, pois os encontros continuam acontecendo, porém agora quinzenalmente, mas devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e principalmente dos familiares e dos usuários diabéticos e/ou hipertensos, quanto à necessidade das mudanças de hábitos para alcançar uma melhor qualidade de vida e saúde. Percebo que a equipe está integrada e interessada em dar continuidade à intervenção enquanto rotina do serviço, porém continuamente temos que realizar avaliação da qualidade e da atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Também a comunidade conheceu um pouco sobre a importância da medicina preventiva da qual não tinham nenhum conhecimento e achavam que só precisavam de atenção em saúde quando estavam doente. Pensamento que foi mudando durante as palestras desenvolvidas

A comunidade pode ajudar muito em melhorar cada dia mais a saúde das pessoas divulgando com seus familiares, amigos, vizinhos sobre o trabalho que estamos desenvolvendo e de sua importância para manter uma saúde de qualidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A Hipertensão Arterial e a Diabetes respondem por um alto índice de incidência e morte na população brasileira, além de ter alto custo social e financeiro para a sociedade e os sistemas de saúde.

A educação faz parte do tratamento dos usuários diabéticos e hipertensos juntamente com a dieta, o exercício físico e o uso de medicamentos. É um processo contínuo que, através da aprendizagem traduz conhecimentos em ações para o autocuidado. A atenção aos usuários com diabetes e hipertensão foi o foco do presente estudo. O trabalho em grupo desenvolvido com pessoas portadoras de DCNT estimula a participação ativa no cuidado da própria saúde, possibilitando o alcance de hábitos saudáveis de forma consciente, além de estimular a co-responsabilidade por parte dos usuários a fim de comprometer os mesmos com o tratamento da sua doença. A oportunidade de discutir dificuldades e vivências entre pessoas que possuem problemas semelhantes amplia a compreensão acerca da doença e o compromisso para assumir as mudanças.

Com tudo, tínhamos a certeza de que não seria uma tarefa fácil a realização de nossa intervenção. Não era simplesmente atribuir tarefas a todos ou elaborar ações e realizá-las em determinadas áreas. Devíamos envolver toda a equipe, os usuários, a comunidade e gestores no processo de intervenção para um aprendizado efetivo e duradouro de forma a contemplar melhor a nossa abordagem e que fosse mais pertinente e adequado para todos. Sem dúvida foi uma construção coletiva, que dependeu do encontro de uma série de fatores, situações, objetivos e ações, para concretizar nosso trabalho. A realização de parceria com a equipe e demais profissionais da área de saúde, serviu como incentivo para que todos dessem continuidade ao trabalho. Com os resultados obtidos neste trabalho pode-se constatar que o projeto desenvolvido é sem dúvida de suma importância, tanto para a comunidade quanto para a equipe, uma vez que, é potencialmente um instrumento a ser usado na construção ou no desenvolvimento de um modelo de controle de doenças como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos usuários diabéticos e hipertensos, reconhecendo quais são as maiores carências da comunidade em se tratando de educação em saúde.

O trabalho coletivo é uma força motriz, de toda e qualquer ação na atenção básica para a construção de um pensamento-ação na saúde coletiva. O aprendizado se torna eficaz e eterno, quando enfrentamos obstáculos, porque só dessa forma conseguimos memorizar o que fazemos para superá-los. Minhas expectativas iniciam com o curso eram adquirir maiores conhecimentos, podendo aplicar de alguma forma no dia a dia da unidade. O curso me permitiu ter contato com diferentes técnicas de atendimento individual e coletivo, mostrou formas de intervir nos núcleos familiares, me despertou idéias a serem implantados, me trouxe conhecimento em várias áreas e maior experiência profissional.

É fundamental que se tenha uma visão sobre o usuário com diabetes e hipertensão como um ser social, capaz de atos e fatos, dotado de experiência e em conformidade com o senso crítico, sujeito de seu próprio desenvolvimento. Somente uma intervenção levada de forma adequada, é capaz de favorecer o desenvolvimento crítico pleno ou a construção da autonomia dos usuários com diabetes e hipertensão.

A prevenção primária deve ser realizada visando alcançar a população geral, que inclui pessoas doentes e não doentes, quanto aos usuários do serviço de saúde.

Este curso de especialização em saúde da família foi muito importante pra mim como profissional medico porque pude incrementar meus conhecimentos e foi de ótima ajuda para organizar melhor o trabalho em equipe e oferecer um melhor atendimento aos usuários. Os Estudos de Prática Clínica, os Casos Clínicos Interativos e os fóruns foram de grande importância para meu aprendizagem , ademais me serviu de muita ajuda para incrementar meus conhecimentos de como desenvolver uma intervenção comunitária, ajudou também em meu processo de aprendizagem sobre o idioma português.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.–Brasília : Ministério da Saúde, 2011.160 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.

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

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1							
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1						
5		2						
6		3						
7		4						
8		5						

	A	B	C	M	N	O	P	Q
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês							
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1						
5		2						
6		3						
7		4						
8		5						

Anexo C-Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/___
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Precisa de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ___/___/___ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO											
DATA											
POSOLOGIA											
Hydroclorotiazida 25 mg											
Captopril 25 mg											
Enalapril 5mg											
Enalapril 10 mg											
Losartan 50 mg											
Propranolol 40											
Atenolol 25 mg											
Atenolol 50 mg											
Anlodipina 5 mg											
Anlodipina 10 mg											
Metformina 500 mg											
Metformina 850 mg											
Glibenclamida 5 mg											
Insulina NPH											
Insulina regular											

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS											
DATA											
Glicemia de Jejum											
HGT											
Hemoglobina glicosilada											
Colesterol total											
HDL											
LDL											
Triglicerídeos											
Creatinina Sérica											
Potássio sérico											
Triglicerídeos											
EQU											
Infeção urinária											
Proteinúria											
Corpos cetônicos											
Sedimento											
Microalbuminúria											
Proteinúria de 24h											
TSH											

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de Medicina Social



UFPEL

Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO		Exame dos pés (normal ou alterado)
					Framingham (Baixo /Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)	

Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação sobre atividade física	Orientação sobre tabagismo	Orientação sobre higiene bucal	Data da próxima consulta

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