

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
UBS Florida, Canguçu – RS.**

Guillermo David Alarcón Linares

Pelotas, 2015

Guillermo David Alarcón Linares

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
UBS Florida, Canguçu – RS.**

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

Orientador: Cristina Bossle de Castilhos

Pelotas, 2015

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

L735m Linares, Guillermo David Alarcon

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Florida, Canguçu – RS / Guillermo David Alarcon Linares; Cristina Bossle de Castilhos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 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. Castilhos, Cristina Bossle de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Agradeço à minha querida esposa Zulema Brito Figueredo que sempre me deu a força e a energia necessárias para continuar e concluir satisfatoriamente o curso de especialização.

Agradeço a meu Deus poderoso que me deu a sabedoria, a paciência e as ferramentas necessárias para superar as dificuldades, corrigir os desacertos e manter a disposição de continuar avançando sempre.

Agradeço a minha orientadora, Cristina Bossle de Castilhos, pela ajuda e o apoio permanente oferecido, sem o qual não teria conquistado este resultado.

Agradeço à Secretaria de Saúde de Canguçu, Sra. Luciane Bastos e ao Chefe de Atenção Básica de Saúde, Sr. Luis Guilherme Beletti que apoiaram totalmente a intervenção e foram muito importantes para a conclusão desta especialização.

Agradeço a meus companheiros do Programa Mais Médicos no município: Dra Elizabeth e Dr Luis Alejandro por seu acompanhamento permanente durante o curso.

Agradeço a minha Equipe de Saúde da UBS, pois sem seu trabalho, envolvimento e ajuda não teria alcançado esta vitória.

Agradeço as lideranças comunitárias, professores da escola e a população da comunidade da Flórida pelo apoio e entusiasmo demonstrado no desenvolvimento da intervenção conclusiva do curso de especialização.

Resumo

LINARES, Guillermo David Alarcón **Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Florida, Canguçu - RS**. 2015. 92f. 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.

A HAS e a DM são doenças crônicas com alta incidência e prevalência em nossa população, principalmente em adultos maiores de 40 anos e idosos sem distinção importante de sexo ou etnia e que atualmente afeta frequentemente a pessoas muito mais jovens, relacionada com estilo de vida inadequado, maus hábitos alimentares, alcoolismo, tabagismo, stress psicológico, obesidade e sedentarismo (Ministério da Saúde, 2013). Nesta intervenção nossa equipe tradicional de atenção primária de saúde desenvolveu ações com o objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência da UBS Flórida no município de Canguçu - RS. Para executar a intervenção no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, adotamos os Cadernos de Atenção Básica nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica- do Ministério da Saúde de 2013 e Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Diabetes Mellitus - do Ministério da Saúde de 2013 e utilizamos a ficha-espelho do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, fornecida pela Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. A intervenção foi realizada a partir de quatro eixos pedagógicos, o monitoramento e avaliação, a organização e gestão de serviço, o engajamento público e a qualificação da prática clínica. Nas 12 semanas de intervenção cadastramos 295 (55,5%) hipertensos e 87 (66,4%) diabéticos. A execução da intervenção na UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para as ações de prevenção de saúde desenvolvidas, a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e a identificação precoce de complicações nos usuários portadores de ambas as doenças. Garantimos 100% de prescrição de medicamentos da farmácia popular e foi possível realizar orientações sobre atividade física, alimentação saudável e riscos do tabagismo a todos os usuários acompanhados na intervenção. O impacto da intervenção é percebido positivamente pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, com as ações desenvolvidas pela equipe durante o período da intervenção. Os moradores da comunidade frequentemente expressam sua satisfação pela contribuição da intervenção com a melhoria da qualidade de vida dos usuários beneficiados e de muitos de seus familiares, também referem os benefícios das atividades coletivas executadas.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de proporção de hipertensos cadastrados na UBS Flórida, Canguçu- RS, 2015.	68
Figura 2	Gráfico de proporção de diabéticos cadastrados na UBS Flórida, Canguçu- RS, 2015.	69
Figura 3	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Flórida, Canguçu- RS, 2015.	71
Figura 4	Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Flórida, Canguçu- RS, 2015.	72
Figura 5	Gráfico de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Flórida, Canguçu- RS, 2015.	76
Figura 6	Gráfico de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Flórida, Canguçu- RS, 2015.	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	15
2 Análise Estratégica.....	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	18
2.2.1 Objetivo geral	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	18
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	20
2.3.2 Indicadores.....	48
2.3.3 Logística.....	55
2.3.4 Cronograma	59
3 Relatório da Intervenção	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	61
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	64
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	65
4 Avaliação da intervenção	67
4.1 Resultados	67
4.2 Discussão	79
4.3 Relatório da intervenção para gestores	83
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	88
Referências	90
Anexos	91

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na unidade de saúde Florida no município de Canguçu - RS.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção que será descrito na terceira seção aborda as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, análise da viabilidade da incorporação das ações.

Na quarta seção, será descrito a avaliação da intervenção, apresentando os resultados, discussão, relatório para gestores e relatório para comunidade.

Na quinta seção, será descrito a reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem.

Por ultimo serão apresentados os anexos ficha-espelho e planilha de coleta de dados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Realizo meu trabalho no município de Canguçu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS): Florida e outros dois postos de consulta dentro da própria área de abrangência da UBS: Pantanoso e Potreiro Grande. A equipe de Saúde é composta por um médico, uma técnica de enfermagem e uma dentista. Atendemos uma população em torno de 3.500 habitantes. Os atendimentos clínicos são agendados pela técnica de enfermagem e acontecem na parte da manhã e a tarde, também realizamos visitas domiciliares.

Considero muito importante nosso trabalho no interior do município, pois os usuários têm acesso a um atendimento clínico em sua própria comunidade, alcançando tratamento rápido e com maior qualidade. Além disso, é possível alcançar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): Acessibilidade, regionalização, equidade, integralidade, universalidade e descentralização.

Acredito ser necessária a contratação de ACS, enfermeiro e técnico em saúde bucal para completar a equipe mínima de ESF, para fortalecer nosso trabalho e para alcançar um melhor atendimento e maior integração da equipe com a comunidade.

Em relação à estrutura física dos três locais são muito precárias, não oferecem privacidade e boas condições higiênicas para profissionais e usuários. Não contam com sala de recepção, sala de enfermagem ou consultório ginecológico para coleta de exame citopatológico. A equipe de saúde não tem veículo fixo para o transporte, provocando saídas e retornos demorados todos os dias.

Apesar das dificuldades trabalhamos com muito amor e profissionalismo com o objetivo de oferecer serviços de excelência à população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Canguçu possui 53.259 habitantes, conta com 27 UBS, sendo que sete delas são do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF) e vinte do tipo tradicional. Possui o serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um hospital com 111 leitos do Sistema Único de Saúde (SUS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), disponibilidade de atenção especializada pediátrica, oftalmológica, ginecologia e obstétrica. Há laboratório para realização de alguns exames complementares e não contamos com Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Trabalhamos em uma UBS na zona rural com modelo de atenção tradicional e em outros dois pequenos locais de consultas acondicionados em comunidades localizadas dentro da área de abrangência da UBS, mantendo um adequado vínculo com o SUS. A equipe conta com um médico, uma técnica de enfermagem e um odontólogo. Nossa UBS ainda não tem implantada a ESF, pois não conta com enfermeira e ACS. De acordo com o critério dos gestores municipais está prevista sua implantação definitiva para o ano 2015.

Quanto à estrutura, nossa UBS e os dois locais de consulta da área onde trabalhamos foram instaladas em prédios improvisados e pequenos que estavam disponíveis na comunidade e não apresentam uma construção específica com todos os requisitos estabelecidos para seu correto funcionamento. Na UBS Florida não há sala de recepção ou farmácia. A sala de procedimentos de enfermagem não apresenta condições de privacidade e normas higiênicas epidemiológicas apropriadas e não podemos realizar coleta de exame citopatológico por falta de mesa ginecológica e local para esse fim. Os pontos de consultas são ainda menores e também não tem as condições adequadas para cumprir satisfatoriamente os requisitos preconizados pelo SUS. A equipe trabalha três dias da semana na UBS Florida e todas as quartas feiras alternadamente oferecem atendimentos médicos e de enfermagem nos locais de consultas habilitados nas comunidades: Pantanoso e Potreiro Grande, localizadas dentro da própria área de abrangência da UBS Florida e que permitem garantir um serviço de saúde mais perto de uma parte da população de nossa área. De forma geral a UBS Florida conta com consultório médico e odontológico, corredor onde os pacientes esperam o acolhimento e um banheiro.

Todas estas deficiências atrapalham o desenvolvimento do trabalho e a execução adequada das ações de saúde.

Existem atribuições que a equipe consegue alcançar como cadastrar a população da área de abrangência, aproveitando a demanda espontânea, ajudamos aos usuários com deficiências na movimentação pela UBS, realizamos palestras nas escolhas e sala de espera mais existe outras atividades que não podemos realizar, pois não possuímos uma equipe completa, estruturas físicas inadequadas, falta de instrumentos, equipamentos e materiais.

A equipe de saúde oferece atendimento a uma população de 3.500 usuários aproximadamente e as estruturas da UBS e dos outros locais onde trabalhamos não são adequadas às necessidades dos usuários e da equipe. A situação descrita incide na qualidade da prestação dos serviços pela UBS e na satisfação da população com os serviços de saúde que recebe. O trabalho da equipe se desenvolve em situações insatisfatórias e a anamnese, exames físicos e procedimentos são realizados em condições inadequadas.

Precisa-se completar a equipe de saúde, avaliar a possibilidade de mais profissionais e técnicos para o funcionamento de outras equipes, assegurarem os equipamentos, medicamentos e insumos necessários sistematicamente e melhorar os mecanismos estabelecidos para garantir o acesso da população a consultas especializadas da atenção secundária de saúde.

O acolhimento a demanda espontânea pela equipe de saúde é feita por todos seus integrantes (odontólogo, técnica de enfermagem e médico) acontece na pequena sala de espera da UBS onde trabalhamos e nas consultas do médico e do odontólogo principalmente, porque não temos disponibilizado na estrutura física dos locais outros espaços. O excesso de demanda espontânea nas consultas e a falta de todas as condições estruturais necessárias nestas unidades determinam que a duração do acolhimento seja menor que 15 minutos para cada usuário, a maioria das vezes dentro das consultas.

Até agora nenhum usuário ficou sem atenção no mesmo dia, mas o trabalho fica muito intenso. A situação descrita impossibilita a equipe desenvolver corretamente as ações programáticas da atenção básica de saúde.

A organização dos processos de trabalho pode ajudar a diminuir a demanda espontânea, para conseguir mudanças na atenção integral a nossa população, onde se cumpram os conceitos básicos da medicina familiar: prevenção, promoção,

reabilitação e recuperação da saúde, que logicamente começa com um bom acolhimento.

Para conseguir as mudanças já começamos a planejar atividades com os grupos de maior risco como alcoolistas tabagistas e adolescentes. Agendamos consultas para o acompanhamento de diabéticos, hipertensos, idosos e puericultura.

Com relação ao cadastramento da população da área de abrangência, temos pensado buscar auxílio de um líder comunitário que mostre interesse em melhorar a saúde de sua comunidade, estamos convocando os usuários que buscam atendimento a trazer todos os membros de seu núcleo familiar que ainda não estejam cadastrados e colocando cartaz nas igrejas, escolas e mercados.

Para melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança é necessário manter o cadastramento da população nas comunidades onde trabalhamos, adotando estratégias administrativas e integrais que possibilitem conhecer exatamente o número de crianças que moram nas áreas de abrangência da UBS, para que recebam com a qualidade e frequência estabelecidas às consultas de puericultura. Já começamos a fazer os registros, pois para minha equipe de saúde fica bem clara a importância da consulta de puericultura. Apesar das ações desenvolvidas por nossa equipe tradicional ainda não conseguimos implementar adequadamente o programa de Atenção a Saúde da Criança pois não é possível o cadastramento da população em idade pediátrica por falta de integrantes na equipe conforme estabelecido para ESF. Na UBS só esporadicamente são oferecidos atendimentos espontâneos pediátricos em casos de crianças com doenças. A estimativa de população menor de seis anos de idade na área é de 115 crianças, delas 42 menores de 1 ano de idade, as quais em sua maioria continuam recebendo as consultas de puericultura no Posto de Saúde Central do município, que conta com médicos pediatras durante 8 horas diárias de segunda a sexta feira de cada semana, pois na UBS só 9 crianças estão cadastradas e recebem os atendimentos programados pela equipe.

Não realizamos consultas de pré-natal, mas aproveitando a demanda espontânea já iniciamos o cadastramento das mulheres em idade fértil para oferecer aconselhamento pré-concepção, para uma vez que engravidem e com as condições necessárias na UBS resolvidas, possamos realizar a captação precoce, o que permitirá uma atenção de pré-natal com qualidade de acordo com os protocolos e manuais técnicos. Também é importante mencionar outros aspectos do processo de

trabalho que estamos melhorando como busca ativa das gestantes de nossa área de abrangência para oferecer consulta pré-natal, mas devem ser avaliados e resolvidos cobertura como: garantir a realização na UBS do teste rápido de gravidez, diminuir o tempo para realização de exames complementares no laboratório, garantir a vacinação de acordo com o esquema estabelecido no Brasil e melhorar as possibilidades de acesso rápido das gestantes aos serviços de alto risco. A estimativa de nossa área é de 25 gestantes e atualmente as mulheres captadas recebem suas consultas de pré-natal também no Posto de Saúde Central do município, em consultas obstétricas oferecidos durante 8 horas diárias três dias de cada semana.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, em nossa UBS por falta de estrutura física adequada e de pessoal não realizamos o exame citopatológico, mas as usuárias recebem esse serviço em outra UBS com prévio agendamento por nossa equipe. Apesar das dificuldades para oferecer acompanhamento às mulheres e contribuir para a redução do câncer ginecológico, a equipe de saúde cadastra a população feminina de 25 a 64 anos da área de abrangência, identificando as mulheres que tem fatores de risco importantes para desenvolver câncer de colo de útero, desenvolvemos sistematicamente nas comunidades atividades sanitárias em grupos para contribuir com a prevenção do câncer de colo de útero e fomentar a realização do exame pelas mulheres do grupo de idade estabelecido, solicitamos ao gestor o mobiliário e todos os insumos necessários para a realização dos exames com qualidade na própria UBS, alcançando parâmetros de qualidade ótimos nos procedimentos e maior satisfação da população com nosso trabalho. Também programamos consultas na UBS com a periodicidade recomendada, oferecendo o acompanhamento de acordo com as necessidades de saúde de cada uma, encaminhando oportunamente aquelas com exame alterado para a consulta especializada, mantendo sempre o acompanhamento pela equipe até sua alta.

Em nossa UBS implementamos muitas estratégias para contribuir com a redução da incidência de câncer de Mama como o início do cadastramento da população feminina da área de abrangência, realização de atividades educativas em grupo na comunidade para debater os benefícios do autoexame das mamas e do aleitamento materno na prevenção do câncer de mama. Também as vantagens de evitar o sedentarismo, o consumo excessivo de álcool, e a obesidade pós-menopausa, incentivar na população a adotar uma alimentação saudável, praticar

atividade física e outras ações para evitar o aumento do peso corporal e realizar rastreamento como estabelece o protocolo. Nossa estimativa para esta ação programática é de 880 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos e atualmente somente 295 (33,5%) mulheres estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. Em relação a prevenção ao câncer de mama há uma estimativa de 350 mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos e somente 125 (35,7%) com mamografia em dia. Como estratégia para aumentar a cobertura e os indicadores de qualidade do programa à equipe resolveu em reunião intensificar a busca ativa através da vinculação e o apoio das lideranças comunitárias, as ações de busca e captação executadas pela técnica de enfermagem da equipe e realizando palestras para que a população feminina conheça a importância da realização dos exames preventivos. Para não perder o acompanhamento das mulheres com exame alterado garantimos a programação de consultas e avaliação médica na UBS e visita domiciliar com a periodicidade recomendada, assim como o seguimento do tratamento farmacológico e não farmacológico e encaminhamento oportuno das pacientes com exame alterado para a consulta especializada e disponibilidade oportuna de toda a informação necessária da contra referência correspondente.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos a equipe de saúde trabalha em aspectos importantes para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção aos pacientes de nossa área de abrangência. Realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde individuais, grupais e comunitárias mais frequentes e melhor organizadas com participação da população, incrementamos a busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos nas consultas médicas e odontológicas e nas atividades comunitárias programadas, garantimos o acompanhamento dos usuários nas consultas e nas visitas programadas para seus domicílios por todos os membros da equipe de saúde, realizamos nas escolas da comunidade atividades de educação em saúde para fomentar a adoção de hábitos alimentares saudáveis e para melhorar o conhecimento da prevenção dos fatores de risco de HAS, DM e outras doenças, garantimos nas UBS a disponibilidade dos medicamentos estabelecidos pelo SUS para o tratamento da HAS e a DM incluindo os remédios fitoterápicos e homeopáticos recomendados e oferecemos aos usuários sistematicamente as informações necessárias sobre a importância do tratamento não farmacológico no controle da HAS e DM. Atualmente temos uma estimativa de 532 usuários maiores de 20 anos portadores de hipertensão, destes 57 (10,7%) estão cadastrados no

SIAB, mas somente 26 (4,8%) têm exames complementares em dia. Quanto aos diabéticos, temos estimativa de 131 usuários, estão cadastrados 33 (25,1%) conforme dados do SIAB e tem exames complementares e consultas em dia 19 (14,5%).

Com relação à saúde dos idosos a estimativa é de 420 usuários maiores de 60 anos residentes na área, temos 123 (29,2%) cadastrados no programa de atenção ao idoso. O atendimento acontece todos os dias da semana nos dois turnos de trabalho, tanto para as consultas programadas como para a demanda espontânea. Os indicadores de qualidade do programa precisam ser melhorados e para isso é necessário incrementar as ações desenvolvidas pela equipe na divulgação do programa, a busca de usuários idosos nas visitas domiciliares programadas e o fortalecimento do engajamento e apoio das lideranças na execução deste programa. Para oferecer atendimento de forma programada aos idosos já contamos com registros, o qual permitirá realizar monitoramento regular destas ações e um acompanhamento ótimo, sempre respeitando os protocolos e manuais técnicos de atendimento do MS. Também realizamos frequentemente atividades de educação e promoção em saúde, sobre diferentes temas de valor para este grupo de idade.

Considero que a execução na UBS de todas as mudanças necessárias para poder oferecer uma medicina da família com alta qualidade é nosso maior desafio, pois é muito difícil que a população aceite estas mudanças em curto prazo, mas acredito que podemos conseguir utilizando como recurso um bom engajamento da equipe, a participação ativa da comunidade e apoio do gestor. Precisamos completar a equipe mínima, adequação das estruturas físicas e abastecimento de todo tipo de instrumentais, materiais e equipamentos, os quais dependem da Secretaria e Ministério. Estas melhorias permitirão oferecer uma atenção básica de excelência e satisfazer a expectativa da população.

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

Comparando o texto inicial sobre a situação da APS/ESF e o relatório percebo que minha visão sobre as condições de trabalho mudou. Considero que

hoje conheço mais a respeito dos protocolos de atenção básica do Ministério da Saúde do que conhecia ao início do curso. Também conseguimos avanços importantes e alguns resultados positivos, mas ainda estamos muito longe de nossa expectativa que é oferecer todos os benefícios a saúde que estabelece a ESF como educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde dos usuários da área de abrangência da UBS.

Detalhando as mudanças positivas podemos citar: Cadastramento da população aproveitando a demanda espontânea, confecção dos registros para o controle das diferentes atividades que realizamos, realização de palestras nas escolas e sala de espera sobre diferentes temas de saúde, estruturação dos grupos de idosos, alcoólicos, fumantes, hipertensos e diabéticos, agendamento de consultas de puericultura e doenças crônicas e a organização do trabalho a partir dos protocolos e manuais técnicos. Para concluir não posso deixar de lembrar que para conseguir a maior satisfação da população e oferecer serviços de excelência é preciso completar a equipe, melhorar a estrutura física da UBS e prover os materiais, insumos e equipamentos que faltam.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são patologias crônicas e também fatores de risco de outras doenças. Segundo estimativas, cerca de 20% da população adulta é portadora de HAS e 7% são acometidos de DM. Estas patologias representam para estados e municípios do Brasil alto custo, devido ao aumento da prevalência e suas complicações na população, assim como a alta morbidade e mortalidade associada a estas enfermidades. (BRASIL,2013).

A UBS Florida está localizada na zona rural do município de Canguçu no estado do Rio Grande do Sul. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cidade conta com população estimada em 2010 de 53.259 habitantes. A UBS conta com uma equipe de ESF em fase de implantação sendo que atualmente, trabalhamos somente o médico, a dentista e a técnica em enfermagem, não contamos com enfermeiro e ACS. A equipe trabalha de forma itinerante em três localidades diferentes e a estrutura física dos locais não está adequada ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Há falta de equipamentos, medicamentos e insumos.

Atualmente temos uma população estimada de 3500 usuários na área de abrangência da UBS e uma estimativa de 532 hipertensos e 131 diabéticos (VIGITEL). Estão cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus 152 usuários com HAS que representam 4,3% do total da população estimada e 59 pacientes com DM que representam 1,7% da população estimada. O atendimento a esses usuários é realizado principalmente pelo médico e pelo dentista e representa o maior volume de trabalho na UBS. Apesar de nossos esforços ainda temos uma baixa cobertura.

Percebemos que os usuários possuem pouco conhecimento sobre os fatores que predispoem ao surgimento destas doenças e também tem baixa adesão às recomendações não farmacológicas do tratamento.

As principais dificuldades que enfrentamos dizem respeito às condições estruturais e logísticas das unidades e a falta de profissionais da equipe mínima (enfermeiro e ACS). Os aspectos que viabilizam a intervenção são a participação ativa da população nas ações e estratégias de saúde desenvolvidas pela UBS o engajamento e disposição da equipe para trabalhar na intervenção e para oferecer uma adequada atenção de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Pretendemos com a organização da atenção aos hipertensos e diabéticos implantar ações que possam contribuir com a melhora das condições de saúde da população e com o aumento do número de diagnósticos para que possamos iniciar o tratamento precocemente evitando as consequências destas patologias.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Florida, Canguçu - RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos.

Meta 1 - Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2 - Cadastrar 40% dos 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 dos hipertensos e diabéticos.

Meta 3 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos.

Meta 11 - Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12 - Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 - Melhorar registros das informações

Meta 13 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5 - Mapear fatores de risco dos hipertensos e diabéticos.

Meta 15 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 17 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 20 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 21 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 22 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 23 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 24 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na UBS Florida. Serão convidados a participar os usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS, que serão cadastrados no programa de hipertensão e diabetes. Será utilizado o Caderno de Atenção Básica nº 36 – **Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: Diabetes Mellitus** do Ministério da Saúde de 2013 e o Caderno de Atenção Básica nº 37 - **Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica** do Ministério da Saúde de 2013.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1: Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Esta ação será feita pelo médico em cada consulta, nas reuniões da equipe, nos encontros com lideranças e com a comunidade, incrementando sistematicamente o cadastramento de mais usuários portadores desta doença.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Através da ficha-espelho que será preenchida pelo profissional que fizer o atendimento a esses pacientes tais formulários devem ser anexados a pasta do paciente. Tal tarefa fica a cargo da técnica de enfermagem.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.

Detalhamento: Garantir o acolhimento aos pacientes portadores de HAS. O mesmo se realizara em a sala de recepção por toda a equipe de trabalho.

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

Detalhamento: Estes materiais já são fornecidos adequadamente. Apenas devemos ter cuidado para que todos estejam funcionando bem e caso algum esteja com problema solicitar a troca o mais breve possível. Tal tarefa fica a cargo da técnica de enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: Faremos uma divulgação através das lideranças da comunidade e também com informativos nas rádios do município.

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

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

Detalhamento: Através das atividades dos grupos de saúde realizados pela técnica de enfermagem, médico e odontólogo nas comunidades, nas consultas, na triagem de enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: A capacitação será realizada pelo o médico no Posto de Saúde ou UBS na semana anterior ao início da intervenção com todas as orientações necessárias para o cadastramento dos hipertensos.

Meta 2: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Esta ação será feita pelo médico em cada consulta, nas reuniões da equipe, nos encontros com lideranças e com a comunidade programados incrementando sistematicamente o cadastramento de mais pacientes portadores desta doença.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Através da ficha-espelho que será preenchida pelo profissional que fizer o atendimento a esses usuários. Tais formulários devem ser anexados a pasta do paciente. Esta ação será feita por o técnico de enfermagem e o médico.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.

Detalhamento: Garantir o acolhimento aos pacientes portadores de diabetes. O mesmo se realizara em a sala de recepção por toda a equipe de trabalho

Ação: Garantir material adequado para a realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Os materiais já são fornecidos adequadamente apenas devemos ter cuidado para que todos estejam funcionando bem e caso algum esteja com problema solicitar a troca o mais breve possível. Tal tarefa fica a cargo do técnico de enfermagem

Engajamento público

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

Detalhamento: Através das atividades dos grupos de saúde realizados pelo técnico de enfermagem e o médico nas comunidades e nas consultas.

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

Detalhamento: Faremos uma divulgação através das lideranças da comunidade e dos professores da escola, também com informativos nas rádios do município.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: A capacitação será realizada pelo médico com todas as orientações necessárias para o cadastramento de todos os diabéticos.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

Detalhamento: Esta ação será feita pelo médico, executando um exame físico completo, minucioso e adequado a todos os usuários em cada consulta e também avaliando e controlando sistematicamente os procedimentos realizados pelos outros integrantes da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

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

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Ação: Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: A técnica de enfermagem fará a verificação dos sinais vitais e o exame clínico será feito pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares. A capacitação sobre os protocolos será feita pelo médico e acontecerão na primeira semana de cada mês.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através das reuniões com a comunidade e nos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Essas atividades vão ser realizadas pelo técnico de enfermagem e o médico.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada pelo médico na UBS após a reunião semanal de equipe.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

Detalhamento: Esta ação será feita pelo médico, executando um exame físico completo, minucioso e adequado a todos os usuários em cada consulta e também avaliando e controlando sistematicamente os procedimentos realizados pelos outros integrantes da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

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

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Ação: Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: A técnica de enfermagem fará a verificação dos sinais vitais e o exame clínico será feito pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares. A capacitação sobre os protocolos será feita pelo médico e acontecerá na primeira semana de cada mês.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Através das reuniões com a comunidade e nos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Essas atividades vão ser realizadas pelo técnico de enfermagem e pelo médico.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

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

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

Detalhamento: Através do registro que será feito pelo médico para controlar os pacientes que tem indicação de exame e também através das visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A solicitação dos exames complementares será feita pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares com o material adquirido através da secretaria de saúde do município. Através de comunicação direta com o gestor municipal buscar agilidade na realização dos exames e se não for possível a realização no município, que eles possam realizar em outro município.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta atividade será feita pelo técnico de enfermagem e pelo médico.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe.

Meta 6. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

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

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

Detalhamento: Através do registro que será feito pelo médico para controlar os pacientes que necessitam realizar exames e através das visitas domiciliares aos pacientes que se prescreveram os exames.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A solicitação dos exames complementares será feita pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares com o material adquirido através da secretaria de saúde do município. Através de comunicação direta com o gestor municipal buscar agilidade na realização dos exames e se não for possível a realização no município, que eles possam realizar em outro município.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta atividade será feita pelo técnico de enfermagem e pelo médico.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Através da orientação aos pacientes para que adquiram os medicamentos gratuitamente fazendo o cadastro nas farmácias populares e na

farmácia do município. Essas orientações serão dadas pelo técnico de enfermagem e pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

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

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

Detalhamento: Os registros e controle de estoque dos medicamentos da farmácia serão realizados pelo técnico de enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe

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

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Através da orientação aos pacientes para que adquiram os medicamentos gratuitamente fazendo o cadastro nas farmácias populares e na farmácia do município. Essas orientações serão dadas pelo técnico de enfermagem e pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

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

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

Detalhamento: Os registros e controle de estoque dos medicamentos da farmácia serão realizados pelo técnico de enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Essas atividades serão feitas pelo técnico de enfermagem, odontólogo e o médico através de perguntas diretas nas consultas e nas visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

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

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

Detalhamento: A avaliação da necessidade de atendimento odontológico será realizada através do exame físico nas consultas médica e nas visitas domiciliares pelo técnico de enfermagem. O odontólogo da equipe agendará 4 atendimentos por dia para pacientes da intervenção enviados pelo médico e pela técnica de enfermagem ou pesquisados por ele em seus próprias ações de saúde.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Essas atividades serão feitas pela enfermagem, o odontólogo e o médico através de perguntas diretas nas consultas e nas visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço.

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

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

Detalhamento: A avaliação da necessidade de atendimento odontológico será realizada através do exame físico nas consultas médicas e nas visitas domiciliares pelo técnico de enfermagem. O odontólogo da equipe agendará 4 atendimentos por dia para pacientes da intervenção enviados pelo médico e pela técnica de enfermagem ou pesquisados por ele em suas próprias ações de saúde.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Uma vez que começemos o atendimento planejado aos pacientes diabéticos pertencentes a nossa UBS o cumprimento da periodicidade das consultas será monitorado pelo médico da equipe de trabalho com a revisão das fichas espelhos de cada paciente e do cumprimento da programação e plano de consultas estabelecido pela equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento: Através das reuniões da equipe o técnico de enfermagem organizará e orientará as lideranças comunitárias para que auxiliem na busca pelos usuários faltosos às consultas e sobre a importância do acompanhamento adequado para a doença.

Engajamento público

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

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

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos se informará a comunidade sobre a importância de realização das consultas com a periodicidade requerida. Esta informação será dada por todos os integrantes da equipe de trabalho.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Através da capacitação que será realizada na UBS pelo médico após a reunião de equipe se capacitará a equipe (Técnico de enfermagem e odontólogo) para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Uma vez que começemos o atendimento planejado aos pacientes diabéticos pertencentes a nossa UBS o cumprimento da periodicidade das consultas será monitorado pelo médico da equipe de trabalho com a revisão das fichas espelhos de cada paciente e do cumprimento da programação e plano de consultas estabelecidas pela equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Através das reuniões da equipe o técnico de enfermagem organizará e orientará as lideranças comunitárias para que auxiliem na busca pelos usuários faltosos às consultas e sobre a importância do acompanhamento adequado para a doença.

Engajamento público

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

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

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos se informará a comunidade sobre a importância de realização das consultas com a periodicidade requerida. Esta informação será dada por todos os integrantes da equipe de trabalho.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Será realizada na UBS pelo médico após a reunião de equipe, capacitando a equipe (técnico de enfermagem e odontólogo) para orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Essas atividades vão ser realizadas pelo médico ao terminar o horário de trabalho nas quintas-feiras e depois avaliando cada situação na reunião semanal da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: As informações do SIAB serão atualizadas pelo técnico de enfermagem quinzenalmente, ele também será o responsável pelo preenchimento da ficha espelho. Os registros serão monitorados semanalmente pelo médico a partir da revisão das fichas-espelho.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta ação será feita pelo técnico de enfermagem e pelo médico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe.

Meta 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Essas atividades vão ser realizadas pelo médico ao terminar o horário de trabalho nas quintas-feiras e depois avaliando cada situação na reunião semanal da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: As informações do SIAB serão atualizadas pelo técnico de enfermagem quinzenalmente, ele também será o responsável pelo preenchimento da ficha espelho. Os registros serão monitorados semanalmente pelo médico a partir da revisão das fichas-espelho.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta ação será feita pelo técnico de enfermagem e pelo médico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso.

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Essa atividade será realizada pelo médico da equipe de trabalho em cada consulta dos hipertensos e na revisão periódica das fichas espelhos destes pacientes.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Essas atividades vão ser realizadas pelo médico na primeira consulta aos pacientes com essas doenças. A agenda será organizada pelo enfermeiro da equipe e serão reservadas 10 consultas semanais para pacientes de alto risco.

Engajamento público

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

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Estas ações serão feitas pelo médico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

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

Ação: Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Através da capacitação mensal dos profissionais que será realizada na UBS pelo médico após a reunião de equipe.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Essa atividade será realizada pelo médico da equipe de trabalho em cada consulta dos diabéticos e na revisão periódica das fichas espelhos destes pacientes.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Essas atividades vão ser realizadas pelo médico na primeira consulta aos pacientes com essas doenças. A agenda será organizada pelo técnico de enfermagem da equipe e serão reservadas 5 consultas semanais para pacientes de alto risco.

Engajamento público

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

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos Estas ações serão feitas pelo médico.

Qualificação da prática clínica

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

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

Ação: Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Através da capacitação mensal dos profissionais que será realizada na UBS pelo médico após a reunião de equipe.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 17; Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas por toda equipe de trabalho nas consultas, na triagem enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos e vão ser monitoradas pelo médico semanalmente a partir do preenchimento da ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento: As práticas coletivas vão ser realizadas pelo médico da equipe com apoio da nutricionista autorizada previamente pelo gestor municipal. As práticas serão realizadas as semanas 3 e 11 do cronograma, aproveitando o funcionamento dos grupos de hipertensos e diabéticos num local oferecido pela escola da comunidade.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta ação será feita pelo médico.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a primeira reunião do grupo de hipertensos e diabéticos com a participação da nutricionista conveniada com os gestores previamente.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas por toda a equipe de trabalho nas consultas, nas visitas domiciliares e nos grupos e vão ser monitoradas pelo médico semanalmente a partir do preenchimento da ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento: As práticas coletivas vão ser realizadas pelo médico da equipe com apoio da nutricionista autorizada previamente pelo gestor municipal. As práticas serão realizadas as semanas 3 e 11 do projeto, aproveitando o funcionamento dos grupos de hipertensos e diabéticos num local facilitado pela escola da comunidade.

Engajamento público

Ação: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta ação será feita pelo médico

Qualificação da prática clínica:

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

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a primeira reunião do grupo de hipertensos e diabéticos com a participação da nutricionista conveniada com os gestores previamente.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas por toda equipe de trabalho nas consultas nas visitas domiciliares e nos grupos e vão ser monitoradas pelo médico mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento: As práticas coletivas vão ser realizadas pelo médico da equipe com apoio do educador físico e aconteceram os dias que funcionem os grupos de hipertensos e diabéticos. O educador físico terá participação os dias de funcionamento dos grupos na terceira e sétima semana da intervenção.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta ação será realizada pelo médico.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe. Estas ações serão feitas pelo médico da equipe.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas por toda equipe de trabalho nas consultas, nas visitas domiciliares e nos grupos e vão ser monitoradas pelo médico mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento: As práticas coletivas vão ser realizadas pelo médico da equipe com apoio do educador físico e aconteceram os dias que funcionem os grupos de hipertensos e diabéticos. O educador físico terá participação os dias de funcionamento dos grupos na terceira e sétima semana da intervenção.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta ação será realizada pelo médico.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe. Estas ações serão feitas pelo medico da equipe.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas por toda equipe de trabalho nas consultas, nas visitas domiciliares e nos grupos e vão ser monitoradas pelo médico mensalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico e o técnico de enfermagem fizeram a solicitação ao gestor para cumprir esta ação.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos Esta ação será de responsabilidade do médico.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe. Esta ação será feita pelo médico.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas por toda equipe de trabalho nas consultas, nas visitas domiciliares e nos grupos e vão ser monitoradas pelo médico mensalmente

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico e o técnico de enfermagem fizeram a solicitação ao gestor para cumprir esta ação.

Engajamento público

Ação: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta ação será de responsabilidade do médico.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe. Esta ação será feita pelo médico.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas por toda equipe de trabalho nas consultas, nas visitas domiciliares e nos grupos e vão ser monitoradas pelo médico mensalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: As orientações individuais serão realizadas pelo dentista no momento da consulta.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta ação será feita pelo dentista.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe Esta ação será feita pelo dentista.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Estas informações serão fornecidas por toda equipe de trabalho nas consultas, nas visitas domiciliares e nos grupos e vão ser monitoradas pelo médico mensalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: As orientações individuais serão realizadas pelo dentista no momento da consulta.

Engajamento público

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

Detalhamento: Através dos encontros com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos. Esta ação será feita pelo dentista.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Através da capacitação dos profissionais que será realizada na UBS após a reunião de equipe. Esta ação será feita pelo dentista.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1

Meta 1: -Ampliar a cobertura dos hipertensos com cadastramento de um 100%.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 2: -Ampliar a cobertura dos diabéticos com cadastramento de um 100%.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 2

Meta 3: -Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3:Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4:Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde.

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

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

Meta 6 – Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde.

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

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

Meta 7 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 8 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 9 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde.

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

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

Meta 10 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde

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

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

Objetivo 3

Meta 11 - Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa na unidade de saúde.

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

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

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 4

Meta 13 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde.

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

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

Meta 14 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde

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

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

Objetivo 5

Meta 15 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos cadastrados com estratificação do risco cardiovascular na unidade de saúde.

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

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

Meta 16 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos cadastrados com estratificação do risco cardiovascular na unidade de saúde

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6

Meta 17 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre riscos de tabagismo na unidade de saúde

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

Meta 22 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre riscos de tabagismo na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 23 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 24 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de controle de Hipertensão e Diabetes Mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e o Manual Técnico de Diabetes Mellitus, ambos do Ministério da Saúde do ano 2013 e disponíveis na UBS. Utilizaremos um formulário específico que contenha as informações que serão coletadas e monitoradas na atenção a hipertensos e diabéticos e uma ficha-espelho fornecida pelo curso que permite coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção. Assim, poderão ser coletados todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção.

Estimamos alcançar com a intervenção 235 usuários hipertensos e 70 usuários diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir os 305 formulários que serão utilizados. Para o acompanhamento da intervenção trabalharemos com planilha eletrônica de coleta de dados que permitirá a disponibilização permanente das informações necessárias para o desenvolvimento da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, a técnica de enfermagem revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos dois meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha complementar. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, situação com o atendimento odontológico e situação com as recomendações médicas relacionadas com nutrição saudável, atividade física, prevenção ou abandono do tabagismo e higiene bucal principalmente.

Para o monitoramento regular é importante que a ficha-espelho estabelecida contenha todos os dados necessários para o cálculo dos indicadores. Para fazer a avaliação mensal da intervenção manteremos a realização semanal da reunião da equipe, as atividades quinzenais dos grupos de usuários hipertensos e diabéticos a inter-relação sistemática com a escola, as igrejas e as organizações da comunidade e as consultas e avaliações programadas de não menos de 20 pacientes hipertensos e/ou diabéticos por semana nos próximos quatro meses, mantendo a atualização sistemática dos prontuários e das fichas-espelho.

Para realização das ações de monitoramento e avaliação a equipe pretende garantir a realização das atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos já formados nos postos de saúde, as palestras coletivas com a população em espaços comunitários como as igrejas, a escola e os locais de reuniões das organizações da comunidade e cumprir com as funções de todos os integrantes da equipe em relação ao controle adequado destas doenças e com as normativas de atendimento prioritário e qualificado dos pacientes estabelecidas no protocolo de atenção previamente aprovado.

Semanalmente a técnica de enfermagem examinará as fichas-espelho dos usuários identificando aqueles que estão com exames e consultas em atraso. A equipe de saúde fará busca ativa dos usuários em atraso e estima-se 10 consultas semanais e 40 mensais. Ao fazer a busca já agendará o paciente para um horário de sua conveniência e ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Para desenvolver as ações de organização e gestão do serviço todos os integrantes da equipe serão capacitados para realizar com qualidade o exame físico geral dos usuários, mantendo o registro na ficha-espelho e garantindo que as avaliações e recomendações iniciais e programadas oferecidas aos usuários sejam oportunas e tenham a maior qualidade possível. Também os integrantes da equipe fornecerão a todos os usuários as recomendações necessárias ao tratamento não farmacológico e trabalharão para garantir a disponibilidade dos medicamentos necessários nos postos de saúde e UBS. Estabeleceremos um canal de comunicação semanal com o gestor para garantir a logística e documentação dos postos de saúde, melhorar a estrutura das unidades e envolver outros profissionais (nutricionistas, educadores físicos, especialistas médicos de medicina interna, endocrinologia, cardiologia e outros) na atenção dos pacientes hipertensos e diabéticos.

O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso nos exames ou com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação precoce dos pacientes e agilizar o tratamento evitando as consequências destas patologias. Pacientes que buscam consulta para fazer exame de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Os pacientes

que vierem a consulta para solicitar exame sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os pacientes provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas para hipertensos e três consultas para diabéticos por semana.

Ações de engajamento público serão desenvolvidas através de atividades em grupo e comunitárias com a população em geral, com usuários em risco de adoecer e com os grupos de usuários já em atendimento. O objetivo será oferecer informação atualizada de promoção, prevenção e educação em saúde, acesso aos medicamentos, atenção e importância do cuidado da saúde bucal, vantagens da atividade física e a nutrição adequada para alcançar uma boa saúde, tratamento do tabagismo e possibilidades de rastreamento de HAS e DM na UBS e postos de saúde, aproveitando permanentemente os espaços coletivos mais importantes das comunidades. A equipe programará semanalmente as visitas domiciliares necessárias de acordo com a planificação estabelecida e com as necessidades de localização de faltosos a consultas e avaliações programadas na semana anterior. Serão fornecidas aos pacientes as informações necessárias de sua doença e de suas possibilidades de acesso a consultas e avaliações com especialistas de outro nível de atenção em todas suas consultas e visitas domiciliares pelos integrantes da equipe.

Para sensibilizar a comunidade o médico fará contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas duas igrejas da área de abrangência para apresentar o projeto. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação dos pacientes e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional

As ações de qualificação da prática clínica acontecerão a partir da confecção do plano de capacitação permanente para os integrantes da equipe com a finalidade de incrementar a competência e o desempenho no manejo dos usuários com HAS e DM, na prevenção efetiva destas doenças e no trabalho de registro das ações da intervenção. A capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada

membro estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe em cada atividade de capacitação programada.

3 Relatório da Intervenção

O presente relatório tem como objetivo principal descrever o processo de intervenção realizado na unidade de saúde Flórida localizada na zona rural do município de Canguçu - RS, sob orientação de Cristina Bossle de Castilhos, orientadora do curso Especialização em Saúde da Família, no período de abril de 2015 a junho de 2015.

O desenvolvimento deste trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, visando cadastrar, acompanhar e monitorar os usuários portadores destas patologias. Para alcançar os objetivos foram desenvolvidas ações para ampliar a cobertura de usuários cadastrados no programa, ações para melhorar a adesão dos usuários ao programa, ações para melhoria da qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético, ações de promoção da saúde e ações para melhoria dos processos de trabalho da equipe.

A equipe trabalhou a maior parte do tempo com quatro integrantes (médico, odontólogo, técnica de enfermagem e motorista) e nas últimas semanas recebemos o apoio de outra técnica de enfermagem, que foi muito útil para o cumprimento do cronograma e para realizar algumas ações que seriam da atribuição dos agentes comunitários de saúde, os quais ainda não são integrantes de nossa equipe.

O trabalho que foi desenvolvido incluiu 382 usuários diagnosticados como hipertensos e/ou diabéticos moradores na área de abrangência da UBS que foram cadastrados, avaliados e acompanhados pela equipe durante as 12 semanas de intervenção, cumprindo adequadamente com os objetivos e as expectativas previstas ao início do projeto. Cabe ressaltar que houve uma redução do período de intervenção de 16 para 12 semanas para adequação do período de término da especialização, visto que muitos alunos demoraram a regressar das férias.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Na primeira semana da intervenção a equipe foi capacitada sobre todos os aspectos do protocolo, sobre o preenchimento dos registros estabelecidos e o papel de cada membro no acompanhamento dos usuários participantes do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Todos ficaram comprometidos com os trabalhos a ser desenvolvidos nas semanas seguintes e melhor preparados para que fosse feito com a maior qualidade possível. Estou muito satisfeito com o trabalho de todos e com o jeito com que enfrentamos as dificuldades e os obstáculos surgidos e tenho a certeza que a mesma atitude que hoje eles têm será mantida ainda depois da intervenção.

Neste período tivemos três reuniões com os gestores municipais que foram muito frutíferas, contamos com o apoio total deles para garantir a logística do projeto, para ajudar a resolver as dificuldades apresentadas, para estabelecer contatos com o laboratório clínico escolhido que permitiram facilitar as realizações e a obtenção dos resultados dos exames complementares dos pacientes do projeto e para conveniar a participação de outros profissionais necessários em algumas atividades coletivas desenvolvidas.

Durante os meses de abril, maio e junho foram efetuados três reuniões com as lideranças comunitárias e com os professores da escola, incluindo o diretor. Nestes encontros foram oferecidas todas as informações referentes ao projeto que precisavam ser conhecidas por essas pessoas, incluindo muita informação das doenças selecionadas para intervir com a população desta comunidade e solicitamos o apoio de todos eles para desenvolver adequadamente nossa intervenção, principalmente sua contribuição para a busca dos faltosos as consultas programadas, com a divulgação do projeto na comunidade e com a transmissão de informação importante fornecida pela equipe a eles anteriormente, sobre as duas doenças selecionadas, aos alunos e seus familiares. As lideranças comunitárias e os professores da escola demonstraram uma grande aceitação de tudo o que foi solicitado pela equipe e ofereceram durante os três meses transcorridos um apoio total a nossa intervenção, sendo vitais para o cumprimento do cronograma e para executar com muita disposição e entusiasmo algumas atribuições próprias dos ACS que ainda continuam faltando.

No período transcorrido foram atendidos em consultas clínicas e odontológicas mais de 800 pacientes em nossa UBS (de forma programada ou espontânea) e deles 295 hipertensos e 87 diabéticos foram cadastrados e acompanhados no projeto. Ficaram pendentes de exames complementares e avaliação do risco cardiovascular 13 usuários e todos serão avaliados posteriormente com os resultados dos exames complementares. O restante das ações planejadas para a intervenção foram executadas no período de 12 semanas. Os usuários faltosos a consulta foram localizados e consultados adequadamente contando com a valiosa contribuição das lideranças comunitárias e os professores da escola e também com o apoio importantíssimo de nossa população. Acho importante ressaltar que o número de usuários atendidos espontaneamente em nossa UBS diminuiu consideravelmente depois das primeiras semanas de iniciado o projeto e essa mesma tendência foi mantida até o final da intervenção.

Na terceira, sétima e última semana aconteceram às atividades de educação em saúde com o grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Participaram mais de 20 usuários no primeiro mês e mais de 30 usuários no segundo e terceiro mês e embora nas três atividades fossem cumpridos seus objetivos principais considero que a participação dos pacientes ainda no futuro possa ser muito maior de acordo com o número de usuários portadores destas patologias cadastrados na área de abrangência. Os participantes destas atividades ficaram muito satisfeitos, incorporaram novos conhecimentos e adotaram novos hábitos e estilos de vida que trouxeram muitos benefícios para o controle de suas doenças. Na primeira atividade do grupo tivemos a participação de uma nutricionista e na terceira atividade de um professor de educação física coordenados pela equipe ao início da intervenção, enviados pela secretária de saúde e que foram de muita ajuda para enfrentar e controlar muito melhor as doenças dos pacientes.

Durante a intervenção realizamos 16 visitas domiciliares, encaminhamos oito pacientes com quadros de urgências médicas para o pronto socorro e 19 usuários para avaliações e condutas por determinadas especialidades. Participamos em seis palestras coletivas efetuadas na escola, na igreja, na comunidade indígena e no centro recreativo da associação de moradores. Neste período também preenchemos e atualizamos sistematicamente todas as fichas, planilhas, registros e documentos estabelecidos ao início da intervenção e foram executadas pela equipe as avaliações de qualidade do projeto necessárias em cada ocasião. Também é importante dizer

que foram desenvolvidas duas atividades em grupo relacionadas com a intervenção durante dois sábados do período, dias em que normalmente não há atendimento na UBS.

Durante as doze semanas aconteceram reuniões semanais da equipe de profissionais da UBS para avaliar o andamento da intervenção, as dificuldades surgidas e as necessidades logísticas mais importantes, corrigir os erros e definir ações emergentes para a solução de algum problema ou para cumprir com alguma tarefa prevista que apresentava dificuldades. As dificuldades iniciais relacionadas com a disponibilidade correta dos medicamentos e insumos necessários acontecidas nas primeiras semanas foram resolvidas rapidamente com a vontade dos gestores uma vez informados pela equipe dos problemas existentes. Nossos gestores conheceram e conhecem corretamente o projeto, tem tido sempre uma certeza total de sua importância e benefícios para a população e ofereceram permanentemente a nossa equipe o tempo e o espaço necessários para avaliar os assuntos relacionados com a intervenção.

A segunda semana da intervenção correspondia executar a reunião da equipe com a população da comunidade, mas foi necessário realizar a atividade na terceira semana para coincidir com uma convocatória feita pela prefeitura municipal para avaliar com a população suas propostas majoritárias para a melhor utilização do orçamento destinado a garantir os serviços básicos da população que mora no interior do município, uma estratégia de governo nomeada orçamento participativo e assim a gente ter a certeza de que a participação dos moradores da área seria muito maior. A atividade foi muito exitosa e contribuiu consideravelmente para que os usuários da UBS e a população comparecessem a UBS, cumprindo adequadamente com o tratamento e com as orientações recomendadas pela equipe. Considero que depois desta reunião a intervenção avançou muito e melhorou em todos os aspectos. Começamos a enfrentar e resolver em conjunto muitas limitações e problemas para nossa pequena equipe.

Na décima semana correspondia executar a segunda reunião da equipe com a população e não foi possível sua execução porque as lideranças comunitárias já tinham programada a convocatória para uma reunião com a população da comunidade para o mês de julho e nesta data a intervenção estaria terminada. Para substituir a reunião realizamos uma atividade com participação popular. O médico e uma técnica de enfermagem da equipe participaram num programa da rádio

comunitária desta localidade rural. A atividade foi muito interessante e positiva para nossa população e para nossa equipe também. Neste programa, com uma hora de duração, tivemos a oportunidade de falar das doenças do projeto, as medidas mais importantes para sua prevenção e dos principais resultados parciais alcançados na intervenção. A atividade realizada não formava parte do cronograma da intervenção, mas acredito que foi muito importante e seus resultados ficaram evidentes para o incremento da educação sanitária e da qualidade de vida de nossa população no futuro. Considero que a atividade por sua importância e benefícios deve ficar no cronograma desde o princípio e temos a vontade de repetir sua realização nos próximos meses incorporando ao debate outros temas de saúde preparados previamente.

Na segunda atividade programada do grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos da área não foi possível a participação do professor de educação física programado, devido a um problema de saúde que o acometeu dias antes da data programada, mas na terceira atividade planejada para o grupo ele participou e abordou as recomendações necessárias, bem como os métodos mais adequados para desenvolver corretamente a atividade física. Trouxe também muitas informações importantes sobre a vinculação da atividade física com o controle, a melhoria e a prevenção de doenças crônicas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas integralmente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na etapa concluída foram preenchidos sistematicamente todos os dados estabelecidos na intervenção e fechadas corretamente todas as planilhas de coleta de dados de cada semana sem a ocorrência de dificuldades que pudessem atrapalhar nosso projeto. Consideramos que depois do cálculo adequado dos indicadores da intervenção e os resultados favoráveis obtidos no período concluído, que superaram os propósitos estimados do início do projeto, todos os objetivos propostos foram cumpridos satisfatoriamente ao final da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe continua agora com cinco integrantes que com muita dedicação e compromisso mantêm o cumprimento de muitas funções e todos têm a vontade de continuar trabalhando para oferecer mais saúde e maior satisfação para nossa população, incorporando as ações da intervenção à rotina de trabalho diária da UBS, como já vem acontecendo sistematicamente. Depois do início da intervenção as ações e as avaliações programadas para os usuários foram generalizadas para todos os usuários adultos que recebem os serviços de saúde na UBS (espontâneos ou programados). Os benefícios da intervenção são e serão recebidos sistematicamente por toda a população da UBS e não somente pelos usuários cadastrados na atual intervenção.

Estes foram os maiores desafios, as principais atividades realizadas e os triunfos mais importantes obtidos nas doze semanas da intervenção. De olho nos acertos e êxitos alcançados, buscando sempre aprender mais e qualificar a conduta diária de cada um e trabalhar cada dia melhor nas ações e processos que desenvolvemos com os usuários hipertensos e diabéticos da comunidade atendida pela UBS. O principal legado da equipe daqui para frente será manter sistematicamente a incorporação das ações do projeto à rotina diária da UBS na atenção à saúde da população e com certeza para alcançar adequadamente contamos com o compromisso e a vontade permanente de todos seus integrantes.

O período estabelecido para desenvolver nosso projeto de intervenção terminou com os objetivos alcançados. No futuro a experiência obtida nesta última etapa do trabalho vai ser lembrada continuamente em nossa vida e no exercício de nossa profissão. Por isso também a gente tem muito a agradecer pela oportunidade de ajudar as pessoas a controlar melhor suas doenças, aumentar seus conhecimentos sanitários e mudar alguns de seus hábitos, de seus costumes e atitudes em benefício de sua saúde.

Também sentimos muita satisfação quando os participantes no projeto e outros usuários, familiares de usuários dos serviços da UBS ou moradores da área de abrangência atendida por nossa equipe de saúde expressam sua satisfação pela contribuição da intervenção com a melhoria da qualidade de vida dos usuários beneficiados.

Os resultados positivos mencionados anteriormente junto ao exitoso engajamento alcançado pela equipe com as lideranças comunitárias e com a população toda neste período de trabalho e o apoio permanente recebido dos gestores municipais no desenvolvimento do projeto de intervenção são nossos maiores êxitos, nossas melhores vitórias e o estímulo necessário para seguir em frente permanentemente.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na UBS Flórida do município de Canguçu/RS nos meses de abril a junho de 2015 e teve um alcance de vinte e quatro metas com o objetivo geral de melhorar a atenção aos adultos portadores de HAS e/ou DM na população atendida por nossa UBS. Na área de abrangência moram aproximadamente 3500 pessoas, com uma estimativa de 532 hipertensos (22,7% da população total) e 131 diabéticos (5,6% da população total). Neste período cadastramos e acompanhamos 295 usuários hipertensos e 87 usuários diabéticos durante os três meses de intervenção com cumprimento total da maioria das metas estimadas. Algumas metas ainda precisam da continuidade das ações de saúde programadas para seu cumprimento. A seguir avaliamos os resultados conforme as metas e indicadores estabelecidos em nosso projeto de intervenção.

Objetivo específico 1: Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde

Indicador1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade básica de saúde.

A meta de cobertura estipulada no projeto de intervenção era de 30% para os hipertensos. No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 96 (18%) hipertensos, no segundo mês foram 198 (37,2%) e no terceiro mês chegamos a 295 (55,5%) hipertensos, superando assim a meta estabelecida como mostra a figura 1

que apresenta a cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS Florida em 3 meses

O resultado alcançado acima da meta estabelecida se deve ao importante processo de divulgação do programa executado em nossa comunidade nas semanas prévias ao início da intervenção. Também pelo apoio sistemático das lideranças comunitárias e da população na implementação do projeto. Realizamos reuniões com a população em duas ocasiões antes e durante a execução da intervenção e participamos em um programa da rádio comunitária da área e em todas essas atividades informamos sobre a existência do projeto e seus objetivos, solicitando apoio para o acompanhamento dos usuários na UBS e para executar adequadamente as estratégias programadas. Durante o período da intervenção sempre contamos com a participação de nossa equipe em todas as ações desenvolvidas.

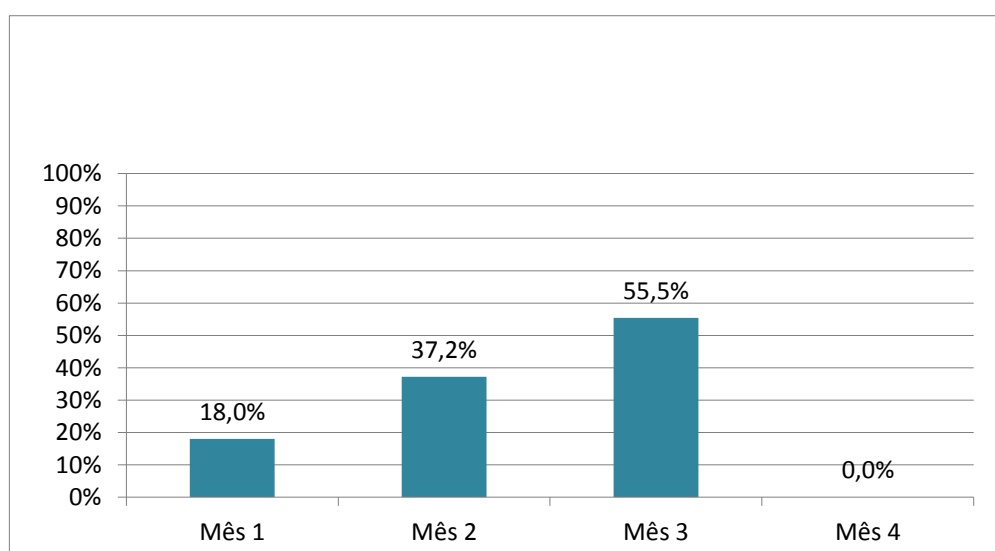


Figura 1: Proporção de hipertensos cadastrados na UBS Florida – Canguçu - RS, 2015.

Meta 2: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde.

Indicador2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade básica de saúde.

A meta de cobertura estipulada era cadastrar e acompanhar 40% dos pacientes diabéticos. No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 38 (29%) diabéticos, no segundo mês chegamos a 61 (46,6%) e no terceiro mês alcançamos 87 (66.4%) dos pacientes diabéticos superando a meta estabelecida ao

início do projeto como mostra a figura 2, que apresenta a cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS Florida em 3 meses

O resultado alcançado acima da meta estabelecida se deve ao importante processo de divulgação do programa executado em nossa comunidade nas semanas previas ao início da intervenção. Também pelo apoio sistemático das lideranças comunitárias e da população na implementação do projeto. Realizamos reuniões com a população em duas ocasiões antes e durante a execução da intervenção e participamos num programa da radio comunitária da área e em todas essas atividades informamos sobre a existência do projeto e seus objetivos, solicitando apoio para o acompanhamento dos usuários na UBS e para executar adequadamente as estratégias programadas. Durante o período da intervenção sempre contamos com a participação de nossa equipe em todas as ações desenvolvidas.

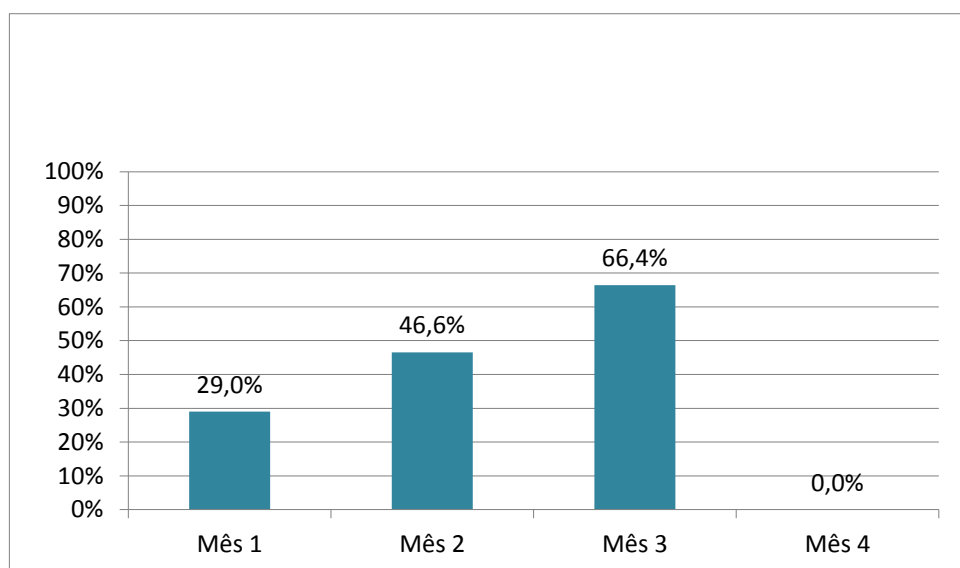


Figura 2: Proporção de diabéticos cadastrados na UBS Florida – Canguçu - RS, 2015.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Esta meta obteve 100% de qualidade nos três meses correspondentes a nossa intervenção. No primeiro mês ficaram com exame clínico em de acordo com o protocolo 96 (100%) usuários, no segundo mês 198(100%) usuários e no terceiro

mês 295 (100%) usuários. O sucesso de realizar o exame clínico apropriado conforme protocolo em 100% dos pacientes cadastrados foi possível pela capacitação recebida pela equipe quanto ao exame clínico e pelo estabelecimento do papel e a responsabilidade de cada integrante da equipe nas ações do projeto.

Meta 4: -Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Esta meta obteve 100% de qualidade nos três meses correspondentes a nossa intervenção. No primeiro mês ficaram com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo 38 (100%) usuários, no segundo mês 61(100%) usuários e no terceiro mês 87 (100%)usuários. O sucesso de realizar o exame clínico apropriado conforme protocolo em 100% dos pacientes cadastrados foi possível pela capacitação recebida pela equipe quanto ao exame clínico e pelo estabelecimento do papel e a responsabilidade de cada integrante da equipe nas ações do projeto.

Meta 5—Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Esta meta não foi atingida como mostra a figura 3. No primeiro mês avaliamos os resultados dos exames complementares de 77 (80,2%) usuários, no segundo mês foram 181 (91,4%) e no terceiro mês 286 (96,9%). Muitos pacientes compareciam a sua primeira consulta sem terem realizado os exames complementares anteriormente. Nesta consulta solicitávamos os exames e aguardávamos pelos resultados para que fossem avaliados em 21 dias, saindo da UBS todos os pacientes com a data da próxima consulta agendada. Os exames solicitados ficavam prontos neste período devido ao convênio estabelecido com o laboratório clínico selecionado por nossos gestores municipais para garantir sua realização no tempo previsto estavelmente. O período de coleta dos dados terminou sem que tenha sido possível a 100% dos usuários retornarem com os resultados dos exames, ficando ainda pendentes os usuários cadastrados nas últimas três semanas da intervenção.

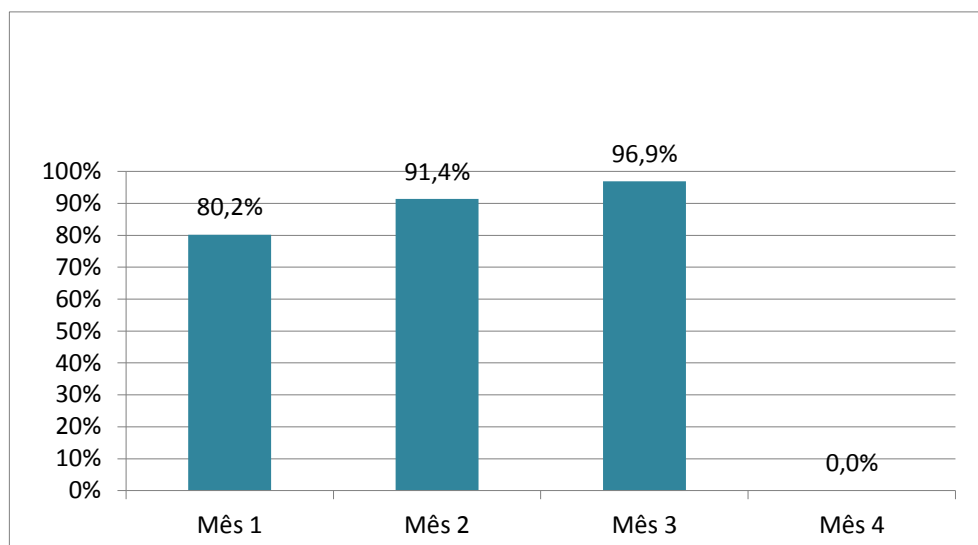


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Florida – Canguçu - RS, 2015.

Meta 6 – Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Esta meta não foi atingida como mostra a figura 4. No primeiro mês avaliamos os resultados dos exames complementares de 31 (81,6%) usuários, no segundo mês foram 59 (96,7%) e no terceiro mês 82 (94,3). Muitos usuários compareciam a sua primeira consulta sem terem realizado os exames complementares anteriormente. Nesta consulta solicitávamos os exames e aguardávamos pelos resultados para que fossem avaliados em 21 dias, saindo da UBS todos os pacientes com a data da próxima consulta agendada. Os exames solicitados ficavam prontos neste período devido ao convênio estabelecido com o laboratório clínico selecionado por nossos gestores municipais para garantir sua realização no tempo previsto estavelmente. O período de coleta dos dados terminou sem que tenha sido possível a 100% dos usuários retornarem com os resultados dos exames, ficando ainda pendentes os usuários cadastrados nas últimas três semanas da intervenção.

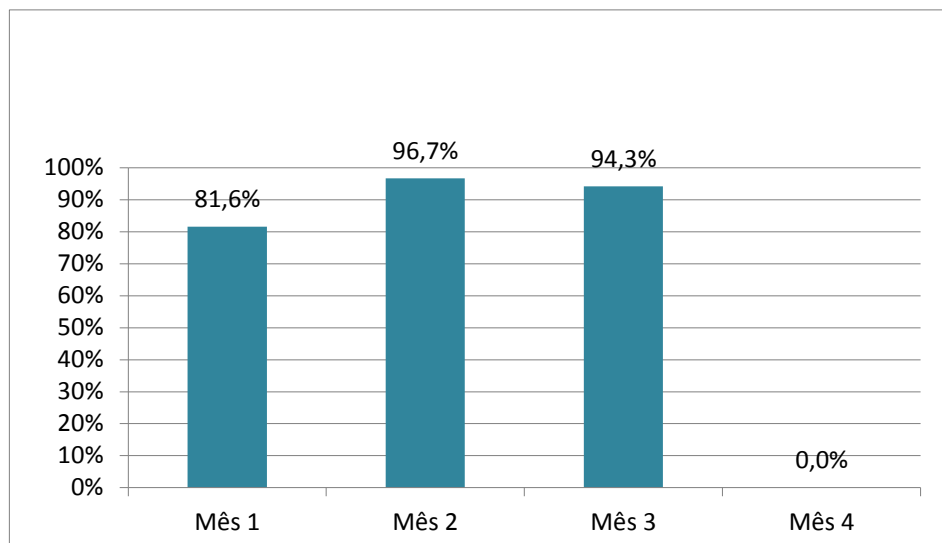


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Florida – Canguçu - RS, 2015.

Meta 7 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Esta meta foi atingida em 100% dos pacientes nos três meses da intervenção. No primeiro mês prescrevemos medicamentos da Farmácia Popular para 96 (100%) usuários, no segundo mês foram 198 (100%) e no terceiro mês 295 (100%). Na intervenção conseguimos que todos os pacientes hipertensos usaram a medicação fornecida pela farmácia popular compensando suas doenças com medicações fornecidas pelo SUS, gratuitas e com aquisição na própria UBS. Todos os usuários da comunidade foram informados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. A técnica de enfermagem executava sistematicamente a verificação da validade dos medicamentos disponíveis na UBS e realizava os controles estabelecidos dos estoques.

Meta 8 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Esta meta foi atingida em 100% dos usuários nos três meses da intervenção. No primeiro mês prescrevemos medicamentos da Farmácia Popular para 38 (100%) usuários, no segundo mês foram 61 (100%) e no terceiro mês 87 (100%). Na intervenção conseguimos que todos os pacientes diabéticos usaram a medicação fornecida pela farmácia popular compensando suas doenças com medicações fornecidas pelo SUS, gratuitas e com aquisição na própria UBS. Todos os usuários da comunidade foram informados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. A técnica de enfermagem executava sistematicamente a verificação da validade dos medicamentos disponíveis na UBS e realizava os controles estabelecidos dos estoques.

Meta 9 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador9: Proporção de hipertensos com realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes nos três meses da intervenção. A capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos foi realizada pela odontóloga da equipe e para o alcance desta meta foi muito importante o monitoramento contínuo da avaliação de necessidade de atendimento odontológico feita pela técnica de enfermagem a partir das fichas-espelho dos pacientes cadastrados. O atendimento odontológico também foi garantido para os hipertensos mediante uma adequada programação de agendamentos diários estabelecidos pela odontóloga durante o período da intervenção.

Meta 10 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses da intervenção. A capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos foi realizada pela odontóloga da equipe e para o alcance desta meta foi muito importante o monitoramento contínuo da avaliação de necessidade de atendimento odontológico feita pela técnica de

enfermagem a partir das fichas-espelho dos pacientes cadastrados. O atendimento odontológico também foi garantido para os hipertensos mediante uma adequada programação de agendamentos diários estabelecidos pela odontóloga durante o período da intervenção.

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

Meta 11 - Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade básica de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Esta meta foi atingida em 100% durante a intervenção. No primeiro mês foram buscados 7 faltosos (100%), no segundo mês 12 (100%) e no terceiro 16 (100%). Para o alcance desta meta foi importantíssima a contribuição das lideranças comunitárias da área, o coletivo de professores da escola e os integrantes da equipe para realizar a busca aos faltosos e a consulta na mesma semana do acontecimento. O engajamento alcançado com a população, a participação da equipe nas palestras comunitárias organizadas e os contatos frequentes com as lideranças foram de muita ajuda na diminuição do número de faltosos as consultas durante o período de execução do projeto.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade básica de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Esta meta foi atingida em 100% durante a intervenção. No primeiro mês foram buscados 3 faltosos (100%), no segundo mês 4 (100%) e no terceiro 9 (100%). Para o alcance desta meta foi importantíssima a contribuição das lideranças comunitárias da área, o coletivo de professores da escola e os integrantes da equipe para realizar a busca aos faltosos e a consulta na mesma semana do acontecimento. O engajamento alcançado com a população, a participação dos integrantes da equipe nas palestras comunitárias organizadas e os contatos frequentes com as lideranças foram de muita ajuda na diminuição do número de faltosos as consultas durante o período de execução do projeto.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

Meta 13 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. Esta ação era realizada pelo médico e pela técnica de enfermagem sempre ao final de cada dia de trabalho. O resultado obtido nesta meta foi possível através do monitoramento da intervenção e da avaliação diária da qualidade dos registros realizados nas fichas-espelho.

Meta 14 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Esta meta foi alcançada em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. Esta ação era realizada pelo médico e pela técnica de enfermagem sempre ao final de cada dia de trabalho. O resultado obtido nesta meta foi possível através do monitoramento da intervenção e da avaliação diária da qualidade dos registros realizados nas fichas-espelho.

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

Meta 15 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Esta meta não foi atingida como mostra a figura 5. No primeiro mês realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham de 77 (80,2%) usuários, no segundo mês de 181 (91,4%) e no terceiro mês 286 (96,9%). Muitos usuários compareciam a sua primeira consulta sem terem realizado

os exames complementares anteriormente. Nesta consulta solicitávamos os exames e aguardávamos pelos resultados para que fossem avaliados em 21 dias, saindo da UBS todos os pacientes com a data da próxima consulta agendada. Os exames solicitados ficavam prontos neste período devido ao convênio estabelecido com o laboratório clínico selecionado por nossos gestores municipais para garantir sua realização no tempo previsto estavelmente. O período de coleta dos dados terminou sem que tenha sido possível a 100% dos usuários retornarem com os resultados dos exames e sem os resultados dos exames não há como aplicar a escala de Framingham. Ainda ficam pendentes os usuários cadastrados nas últimas três semanas da intervenção.

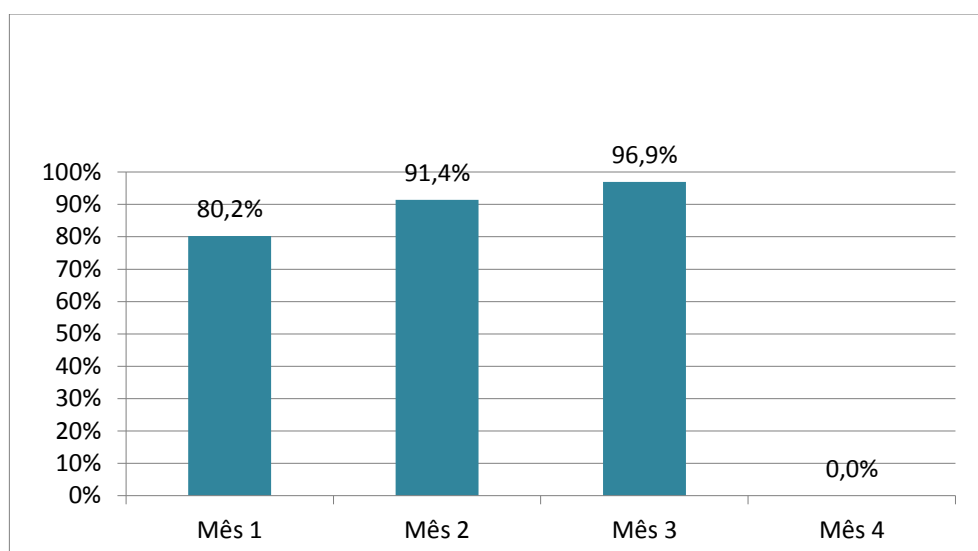


Figura 5: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Florida – Canguçu - RS, 2015.

Meta 16 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Esta meta não foi atingida como mostra a figura 6. No primeiro mês realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham de 31 (81,6%) usuários, no segundo mês 59 (96,7%) e no terceiro mês 82 (94,3%). Muitos usuários compareciam a sua primeira consulta sem terem realizado os exames complementares anteriormente. Nesta consulta solicitávamos os exames e aguardávamos pelos resultados para que fossem avaliados em 21 dias. Todos saíam da UBS com a data da próxima consulta agendada. Os exames solicitados ficavam prontos neste período devido ao convênio estabelecido com o laboratório clínico

selecionado por nossos gestores municipais para garantir sua realização no tempo previsto estavelmente. O período de coleta dos dados terminou sem que tenha sido possível a 100% dos usuários retornarem com os resultados dos exames e sem os resultados dos exames não há como aplicar a escala de Framingham. Ainda ficam pendentes os usuários cadastrados nas últimas três semanas da intervenção.

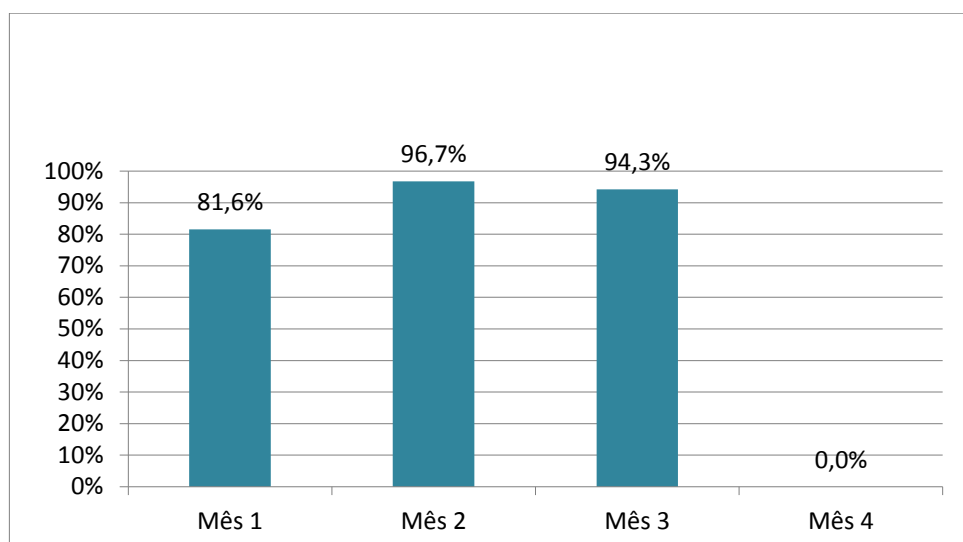


Figura 6: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Florida – Canguçu - RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Meta 18 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Estas metas foram alcançadas em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível pelas orientações sistemáticas fornecidas aos usuários durante os atendimentos clínicos, as palestras e atividades coletivas realizadas com a população nestes três últimos meses e pelas ações desenvolvidas nos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos, que

incluiram a participação de uma nutricionista na primeira reunião programada do grupo.

Meta 19 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 20 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Estas metas foram alcançadas em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O resultado alcançado nesta meta foi possível pela realização de orientação sobre a prática sistemática de exercícios físicos de forma individual durante os atendimentos clínicos e também pelas palestras realizadas com a população, as reuniões efetuadas com as lideranças da comunidade e os encontros do grupo de hipertensos e diabéticos, que incluíram a participação de um educador físico na terceira reunião programada do grupo.

Meta 21 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 22 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Estas metas foram alcançadas em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso foi possível através da realização da divulgação nas atividades coletivas efetuadas na comunidade e na UBS sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre os efeitos nocivos do vício para a saúde das pessoas. As orientações foram prestadas individualmente para os pacientes durante os atendimentos clínicos e coletivamente durante a realização de palestras com a população, reuniões com as lideranças da comunidade e os encontros do grupo de hipertensos e diabéticos.

Meta 23 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Meta 24 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Estas metas foram alcançadas em 100% dos usuários nos três meses correspondentes a intervenção. O resultado alcançado nesta meta foi possível pela realização de orientação sobre higiene bucal de forma individual durante os atendimentos clínicos na UBS e também pelas palestras e encontros realizados pela equipe com a população, as reuniões efetuadas com as lideranças da comunidade e os encontros do grupo de hipertensos e diabéticos.

A equipe de saúde fica satisfeita com os resultados obtidos ao final da intervenção, apesar de não termos atingido totalmente algumas metas, as que serão conseguidas nas próximas semanas com a continuidade do trabalho e a sistemática incorporação das ações a rotina da UBS. Para alcançar e manter esse propósito todos os integrantes da equipe trabalham e atuam com mais disposição, compromisso e profissionalismo em cada jornada.

4.2 Discussão

O desenvolvimento da intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da população residente na área atendida pela UBS, visando cadastrar, acompanhar e monitorar os usuários portadores destas patologias. O projeto propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para as ações de prevenção de saúde desenvolvidas, a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, identificação precoce de complicações nos usuários portadores destas doenças (nefropatias, oftalmopatias, neuropatias, acidentes cérebro vasculares, cardiopatia isquêmica) e uma correta classificação de risco de ambos os grupos. Para alcançar os objetivos previstos foram desenvolvidas ações para ampliar a cobertura de

usuários cadastrados no programa, ações para melhorar a adesão dos usuários ao programa, ações para melhoria da qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético, ações de promoção da saúde e ações para melhoria dos processos de trabalho da equipe.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para desenvolver adequadamente as ações planejadas no cronograma, seguindo as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e do DM. O projeto promoveu o trabalho em equipe preconizado pelos princípios do SUS e uma melhoria no desenvolvimento das funções dos integrantes da equipe de saúde, integrado pelo médico, duas técnicas de enfermagem, a odontóloga e o motorista. Isto acabou tendo impacto positivo na qualidade da atenção de saúde oferecido a população em nossa UBS e também contribuiu na organização das atividades programadas e dos serviços da UBS. A cada profissional foi atribuída uma função. O médico tinha como atribuições a divulgação do projeto, coordenar com as lideranças comunitárias e com os gestores municipais as ações necessárias para o melhor desenvolvimento da intervenção, realização do exame físico, orientar individualmente todos os usuários sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes, prescrever os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos necessários para cada usuário, solicitar exames complementares, realizar avaliação do risco cardiovascular, orientar sobre a importância da higiene bucal, hábito do tabagismo, alimentação saudável, prática de exercício físico e o monitoramento da intervenção. As técnicas de enfermagem tinham como funções cadastrar o usuário preenchendo a ficha-espelho, verificar os sinais vitais, orientar individualmente cada usuário sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes, orientar e realizar a busca ativa de faltosos a consultas e a organização do trabalho de forma geral colaborando no monitoramento da intervenção, também realizavam o agendamento das consultas.

Dentre as funções da odontóloga estava à avaliação de necessidade de atendimento odontológico, agendamento e execução das consultas e procedimentos odontológicos, contribuir com a coordenação da equipe, com as lideranças comunitárias e com os gestores municipais nas ações necessárias para o melhor desenvolvimento da intervenção, orientar sobre a importância da higiene bucal, hábito do tabagismo, alimentação saudável, prática de exercício físico e o monitoramento da intervenção. O motorista além de dirigir o veículo da equipe tinha

como função contribuir na localização e busca de faltosos às consultas junto com as técnicas de enfermagem, sempre contando com o apoio das lideranças comunitárias e dos professores da escola.

Antes do início da intervenção todas as atividades de atenção a HAS e DM da UBS estavam baseadas nos atendimentos espontâneos executados diariamente e concentradas praticamente no médico. Para nossa equipe a intervenção permitiu uma melhor organização do trabalho, a execução de ações importantes para o controle das doenças dos pacientes, reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e contribuiu a alcançar e fortalecer um engajamento cada vez mais eficaz efetivo e resolutivo com nossa população e suas lideranças comunitárias. A experiência obtida nesta última etapa do trabalho vai ser lembrada continuamente em nossa vida e com certeza vai ser muito útil para nosso trabalho no futuro.

Para o serviço o impacto também foi destacado, pois a melhoria do registro, a qualificação dos atendimentos, a oportuna classificação de risco dos hipertensos e diabéticos e o início da programação de agendamentos para os hipertensos e diabéticos, permitiu uma melhor otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, que diminuiu consideravelmente depois das primeiras semanas de intervenção mantendo a mesma tendência até o final da intervenção.

O impacto da intervenção é percebido positivamente pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, com as ações desenvolvidas pela equipe durante o período da intervenção. Os moradores da comunidade frequentemente expressam sua satisfação pela contribuição da intervenção com a melhoria da qualidade de vida dos usuários beneficiados e de muitos de seus familiares, também referem os benefícios das atividades coletivas executadas. A prioridade de atendimento para os usuários participantes da intervenção aconteceu na UBS sem dificuldades pela queda importante do número de atendimentos espontâneos depois de iniciada nossa intervenção. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, continuaremos nosso trabalho nas próximas semanas para dar cobertura à totalidade dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

Desde as primeiras semanas preparatórias da intervenção faltou uma melhor articulação com a comunidade para explicitar os critérios avaliados para

priorização da atenção, discutir a melhor maneira de programar as ações do projeto e solicitar o apoio requerido da população para desenvolver satisfatoriamente o projeto, situação que começou a melhorar a partir da terceira semana do cronograma até o final. A intervenção poderia ter sido facilitada ainda mais se desde o início eu tivesse envolvido a equipe com as primeiras idéias que tive, demonstrando mais confiança em seu apoio. Agora que chegamos ao final, percebo que minha equipe está integrada e entusiasmada com a incorporação das ações da intervenção às rotinas do serviço na UBS. Assim terão solução em pouco tempo algumas das dificuldades encontradas, como a falta de estratificações do risco cardiovascular a todos os usuários por dificuldade de retorno em tempo dos exames complementares solicitados e o cadastramento e acompanhamento de 100 % dos usuários portadores de HAS e DM da população de nossa área de abrangência. Nos próximos dias vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco, considerando que mantemos o critério de que as duas doenças continuam sendo os dois principais problemas de saúde que afetam a população desta comunidade. Depois do início do projeto as ações e as avaliações programadas foram generalizadas para todos os usuários adultos que recebem os serviços de saúde na UBS. Os benefícios da intervenção são e serão recebidos sistematicamente por toda a população da UBS e não somente pelos usuários cadastrados na intervenção.

Consideramos que continua sendo muito importante a contratação de profissionais para completar a equipe de saúde, principalmente os ACS. Assim poderíamos garantir a continuidade das ações do projeto e também a execução de outras ações programáticas. A conversão da equipe tradicional de nossa UBS em uma equipe de ESF, certamente permitiria cadastrar toda a população da área de abrangência, ampliar e incrementar a qualidade da cobertura para os usuários com outras doenças crônicas e também implementar adequadamente na UBS os programas de pré-natal, e saúde da criança. A situação anterior conta com a atenção e o seguimento sistemático dos gestores, os quais concordam totalmente com sua importância para nossas aspirações e objetivos. Por enquanto a equipe continua trabalhando e melhorando sistematicamente sua competência e seu desempenho para beneficiar a saúde da população da UBS Florida.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório tem como objetivo principal informar aos gestores sobre os resultados do trabalho de intervenção que fez parte da proposta do curso de especialização em saúde da família da UNASUS – UFPEL, realizado na unidade de saúde Florida, localizada na zona rural do município de Canguçu - RS, no período de abril a junho de 2015 (totalizando 12 semanas de intervenção). O tema escolhido foi à melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes nesta área de abrangência com ações desenvolvidas nos eixos de qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço e monitoramento e avaliação da ação programática.

É muito importante começar informando que o projeto foi executado a partir de uma análise situacional feita ao iniciar o planejamento da intervenção, que avaliou fundamentalmente a estrutura da UBS, o estágio de implementação das ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, os processos de trabalho desenvolvidos pela equipe de saúde e a organização e frequência dos atendimentos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em nossa unidade básica. A partir desta análise a equipe elegeu desenvolver a intervenção com usuários hipertensos e/ou diabéticos, considerando a promoção, prevenção, diagnóstico oportuno e tratamento correto como as ações mais importantes para o controle e a qualidade de vida dos usuários portadores das duas doenças.

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS. No período de desenvolvimento do projeto cadastramos a 295 usuários hipertensos que representam 55,5% da estimativa e 87 usuários diabéticos que representam 66,4% da estimativa (VIGITEL), todos residentes na área de abrangência. A intervenção propiciou também a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para as ações de prevenção de saúde desenvolvidas, a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, identificação precoce de complicações nos usuários portadores destas doenças (nefropatias, oftalmopatias, neuropatias, acidentes cérebro vasculares, cardiopatia isquêmica) e uma correta classificação de risco de ambos os grupos. Para alcançar os objetivos previstos foram desenvolvidas ações para ampliar a cobertura de usuários cadastrados no programa, ações para melhorar a adesão dos usuários ao programa, ações para melhoria da qualidade do atendimento ao paciente hipertenso

e/ou diabético, ações de promoção da saúde e ações para melhoria dos processos de trabalho da equipe.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para desenvolver adequadamente as ações planejadas no cronograma, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e do diabetes. O projeto promoveu o trabalho em equipe preconizado pelos princípios do SUS e uma melhoria no desenvolvimento das funções dos integrantes da equipe de saúde, integrado pelo médico, duas técnicas de enfermagem, a odontóloga e o motorista. Isto acabou tendo impacto positivo na qualidade da atenção de saúde oferecido a população em nossa UBS e também contribuiu na organização das atividades programadas e dos serviços da UBS. A cada profissional foi atribuída uma função. O médico tinha como atribuições, a divulgação do projeto, coordenar com as lideranças comunitárias e com os gestores municipais as ações necessárias, realização das consultas, orientação individual dos usuários sobre os fatores de risco, realizar avaliação do risco cardiovascular, orientar sobre a importância da higiene bucal, hábito do tabagismo, alimentação saudável, prática de exercício físico e o monitoramento da intervenção. As técnicas de enfermagem tinham como funções cadastrar o usuário preenchendo a ficha-espelho, verificar os sinais vitais, orientar individualmente cada usuário sobre os fatores de risco, orientar e realizar a busca ativa de faltosos a consultas. Dentre as funções da odontóloga estava à avaliação de necessidade e execução dos atendimentos odontológicos, orientar sobre a importância da higiene bucal, hábito do tabagismo, alimentação saudável, prática de exercício físico e o monitoramento da intervenção. O motorista tinha como função contribuir na localização e busca de faltosos as consultas junto com as técnicas de enfermagem.

Para nossa equipe a intervenção permitiu uma melhor organização do trabalho, a execução de ações importantes para o controle das doenças dos usuários, reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e contribuiu a alcançar e fortalecer um engajamento cada vez mais eficaz efetivo e resolutivo com nossa população e suas lideranças comunitárias.

Para o serviço o impacto foi destacado, pois a melhoria do registro, a qualificação dos atendimentos, a oportuna classificação de risco dos hipertensos e diabéticos e o início da programação de agendamentos para os hipertensos e diabéticos, permitiu uma melhor otimização da agenda para a atenção à demanda

espontânea, que diminuiu consideravelmente depois das primeiras semanas de intervenção mantendo a mesma tendência até o final da intervenção.

Para a comunidade o impacto também é positivo. Os moradores da comunidade frequentemente expressam sua satisfação pela contribuição da intervenção com a melhoria da qualidade de vida dos usuários beneficiados e de muitos de seus familiares, também referem os benefícios das atividades coletivas executadas. A prioridade de atendimento para os usuários do projeto aconteceu na UBS sem dificuldades pela queda importante do número de atendimentos espontâneos depois de iniciada nossa intervenção.

Consideramos que continua sendo muito importante para garantir à continuidade das ações desse trabalho e também a implantação de outras ações programáticas no futuro, a contratação de profissionais para completar a equipe de saúde, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde e a conversão da equipe tradicional de nossa UBS em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Aproveitamos a oportunidade para solicitar aos gestores uma adequada avaliação destas dificuldades e a solução correspondente no menor prazo possível, porque com certeza só assim poderemos cadastrar toda a população da área de abrangência, ampliar e incrementar a cobertura para os usuários com outros agravos e/ou problemas de saúde ainda não acompanhados adequadamente e também desenvolver na UBS com qualidade e resolutividade os programas de saúde mais importantes da atenção básica.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

O presente relatório tem a finalidade de relatar a nossa comunidade sobre as ações que foram desenvolvidas na UBS e sobre os principais resultados alcançados a partir da intervenção proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família. A intervenção foi executada no período de abril a junho de 2015, sendo implantado um serviço de atenção que beneficiou aos usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência.

O impacto da intervenção para nossa comunidade foi positivo e percebemos que a população demonstra satisfação pelas ações de saúde desenvolvidas neste período. Frequentemente recebemos elogios e reconhecimentos pelo trabalho realizado e os usuários portadores de hipertensão e diabetes demonstram muito

agradecimento e felicidade com os resultados obtidos no melhor controle de suas doenças e com a incorporação de novos conhecimentos sanitários preventivos fornecidos pela equipe durante a intervenção. Conseguimos em 12 semanas cadastrar e acompanhar 295 usuários hipertensos e 87 usuários diabéticos, todos residentes na área de abrangência da UBS. O projeto propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para as ações de prevenção de saúde desenvolvidas, a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, identificação precoce de complicações nos usuários portadores destas doenças (nefropatias, oftalmopatias, neuropatias, acidentes cérebro vasculares, cardiopatia isquêmica) e uma correta classificação de risco de ambos os grupos.

Apesar do aumento da população atendida no programa, ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura pelo que continuaremos nosso trabalho nas próximas semanas para dar cobertura à totalidade dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência no atual ano. A unidade de saúde não conta com o trabalho dos agentes comunitários de saúde que são profissionais importantes para completar o cadastramento da população, ampliar e incrementar a qualidade da cobertura para os usuários com outras doenças crônicas e problemas de saúde, implementar os programas de pré-natal, saúde dos idosos, e saúde da criança e garantir uma programação adequada das visitas domiciliares que são necessárias. Temos como meta continuar as conversas com os gestores para solicitar a solução deste problema e manter os contatos com as lideranças desta comunidade para o planejamento e realização de mais atividades coletivas e para garantir a continuidade de seu apoio na execução das ações de saúde programadas pela equipe nos próximos meses.

Agora que chegamos ao final do trabalho percebo que minha equipe está integrada e entusiasmada com a incorporação das ações da intervenção às rotinas do serviço na UBS. Assim terão solução em pouco tempo algumas das dificuldades mais importantes identificadas e continuaremos trabalhando para melhorar os atendimentos e por incrementar a qualidade das ações de saúde que diariamente executamos em nossa unidade básica, com muita ênfase na continuidade do trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita. Nos próximos dias vamos ampliar o trabalho de divulgação sobre prevenção, controle e complicações da hipertensão e a diabetes, considerando que mantemos o

critério de que as duas doenças continuam sendo os dois principais problemas de saúde que afetam a população desta comunidade.

Por último podemos informar para nossa população que o projeto de intervenção desenvolvido alcançou os objetivos propostos, conseguindo aumentar a cobertura de atenção aos usuários portadores das duas doenças selecionadas em mais de 50% nos hipertensos e de 60% nos diabéticos, melhorando a qualidade do atendimento e a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com ambas as doenças, diminuindo os riscos e contribuindo com a prevenção de complicações.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Refletindo sobre o processo pessoal de aprendizagem começo dizendo que o curso tem sido uma experiência importantíssima em minha vida, sobretudo no âmbito profissional e científico, pois além de ser um modelo educacional à distância, que por primeira ocasião eu desenvolvo, uma vez concluído tenho a certeza que permitiu elevar minha qualificação científico - técnica e estabelecer uma troca de experiência com colegas e professores de diversas nacionalidades que foi muito interessante. Considero que o idioma foi a principal dificuldade a enfrentar, mas não impediu a comunicação com os profissionais participantes no curso e que nossa intervenção avançasse satisfatoriamente. No período transcorrido foram enfrentadas muitas dificuldades e corrigidos muitos erros sempre contando com o apoio da equipe no enfrentamento e solução das dificuldades e de nossa excelente orientadora na correção e condução sistemática e adequada de todo o processo acadêmico desenvolvido. Foi uma experiência extraordinariamente positiva e enriquecedora que permitiu continuar trabalhando cada dia pela melhoria da qualidade das ações de saúde executadas e ao final da intervenção incorporar estas ações à rotina do serviço de nossa UBS.

Também quero apontar que considero que o curso tem uma altíssima qualidade docente e científica porque conta com orientadores e professores da coordenação com muita qualificação científica e preparação acadêmica e forneceu aos especializandos a documentação e os protocolos mais atualizados. Também é importante ressaltar a qualidade dos casos interativos apresentados e dos TQC realizados.

Com sinceridade tenho que dizer que no início do curso eu ficava com muita resistência a continuar e depois de transcorridos os primeiros meses comecei a

valorizar melhor a qualidade do curso e tive consciência total da importância que tinha para meu desempenho profissional. Por tudo isso, agora considero que o curso superou todas as minhas expectativas e agradeço por sua execução. Com os conhecimentos adquiridos e as ações desenvolvidas conseguimos incrementar a qualidade da assistência de saúde oferecida a nossa população, foram incorporados conhecimentos e habilidades que permitiram que nossa equipe ficasse unida e integrada no desenvolvimento do trabalho, alcançamos um excelente engajamento público com as lideranças comunitárias e a população da área de abrangência e foram qualificados e sistematizados os registros das informações para garantir uma melhor avaliação e monitoramento das ações executadas e dos processos de trabalho na UBS. Neste curso foi muito significativo também a incorporação de saberes e fazeres relacionados com algumas doenças infectocontagiosas e com as doenças psiquiátricas que na população de minha UBS e do município Canguçu são muito frequentes e teve uma importância vital a possibilidade de atualizar nossos conhecimentos sobre os protocolos de atenção estabelecidos no Brasil.

Por último desejo expressar meu reconhecimento pelas orientações recebidas durante o curso dos professores e orientadores, as quais tiveram uma influência muito importante em meu trabalho, permitindo melhorar minha competência e meu desempenho, contribuindo assim a oferecer uma atenção de saúde com mais qualidade para nossa população e beneficiando especialmente aos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na intervenção. Temos o compromisso de manter o trabalho utilizando os protocolos fornecidos pelo curso e garantir a continuidade na realização das ações de saúde necessárias para melhorar continuamente a qualidade de vida de nossos usuários.

Referências

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 36: **Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 37: **Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 3- CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/> Acesso em: mar. 2015

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 2									
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?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista Hipertensão ou Farmácia Popular?
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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
91		88		0						
92		89		0						
93		90		0						
94		91		0						
95		92		0						
96		93		0						
97		94		0						
98		95		0						
99		96		0						
100		97		0						

	A	B	C	M	N	O	P	Q	R	S
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?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
91		88		0						
92		89		0						
93		90		0						
94		91		0						
95		92		0						
96		93		0						
97		94		0						
98		95		0						
99		96		0						
100		97		0						

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