

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes Mellitus na UBS Maria Regina Sousa, Beneditinos/PI.**

Yudelkis Osorio Tornes

Pelotas, 2015

Yudelkis Osorio Tornes

**Qualificação da atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes Mellitus na UBS Maria Regina Sousa, Beneditinos/PI.**

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

Orientadora: Stelita Pachêco Dourado Neta

Pelotas, 2015

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

T685q Tornés, Yudelkis Osorio

Qualificação da Atenção aos Adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Maria Regina Sousa, Beneditinos/Piauí / Yudelkis Osorio Tornés; Stelita Pacheco Dourado Neta, 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. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A todos meus colegas de trabalho que ofereceram sua ajuda incondicional para a realização do nosso projeto de intervenção. Especialmente aos integrantes da nossa equipe número dois da UBS Maria Regina Sousa.

Agradecimentos

Agradeço especialmente à minha orientadora do curso de Especialização em Saúde da Família Stelita Pachêco Dourado Neta pela sua dedicação e entrega.

Aos trabalhadores da Secretaria de Saúde do município que gentilmente nos proporcionaram todos os recursos materiais para a realização do nosso projeto de intervenção.

A todos os que nos apoiaram de uma forma ou outra, muito obrigada pela sua participação.

Resumo

TORNES Yudelkis Osorio. **Qualificação da atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Maria Regina Sousa, Beneditinos/PI.** 2015.93f. 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 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. O Objetivo principal da Intervenção foi melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de HAS e DM da população vinculada à equipe número 2 da UBS Maria Regina Sousa. A nossa equipe é responsável pelas 2.470 pessoas da área de abrangência da UBS. A intervenção foi realizada durante 12 semanas e teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da planilha de coleta de dados e ficha espelho fornecidos pelo curso. Ao início da intervenção, tínhamos conhecimento de que na área de abrangência havia 357 hipertensos e 131 diabéticos e trabalhamos durante toda a intervenção buscando o cadastramento e acompanhamento deste público alvo. Ao fim desta intervenção foram cadastradas 369 pessoas maiores de 20 anos no Programa de Atenção ao Hipertenso e ao Diabético, onde tivemos 346 (96%) usuários cadastrados com HAS e 131 (96%) usuários com DM. Em relação ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM, conseguimos realizar exame clínico apropriado em 346 (100%) dos usuários com HAS e nos 126 (100%) Diabéticos. No indicador de qualidade sobre a realização dos exames complementares, não conseguimos cumprir com a meta de 100% dos usuários com exames complementares em dia devido a problemas com o laboratório municipal e à dificuldade dos usuários se deslocarem até Teresina-PI para fazer os exames complementares solicitados. Dos 346 hipertensos cadastrados 306 (88%) estavam com os exames complementares em dia, e dos 126 diabéticos cadastrados, 108 (85%) estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo que adotamos. Analisando a proporção de usuários hipertensos cadastrados com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia, chegamos a 328 (94%) dos 346 hipertensos cadastrados com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia, e para os usuários DM também não conseguimos atingir a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos onde finalizamos com 116 (92%) dos 126 diabéticos cadastrados com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia. Em todos os três meses da intervenção conseguiram realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados. A conscientização da equipe sobre a importância das reuniões com a comunidade e com a equipe e oficinas realizadas foram ganhos importantes ao fim da intervenção. Dessa maneira podemos dizer que as ações viraram rotina dos serviços da UBS e que pretendemos ampliar estes serviços para as outras ações programáticas típicas da Atenção Primária à Saúde (APS).

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí.	58
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao usuário com Diabetes Mellitus no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí.	59
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí.	61
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo Diabetes Mellitus no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí.	62
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia priorizada no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí.	63
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí.	64
Figura 7	Fotografia de a Visita Domiciliar realizada a usuária fatosa à consulta clínica realizada em 24/02/2015.	92
Figura 8	Fotografia da Palestra realizada na UBS ao Grupo de diabéticos e hipertensos realizada em 13/03/2015.	93
Figura 9	Fotografia da Reunião da equipe realizada em 8/4/2015	94

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus.
DST	Doença de Transmissão Sexual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
H1N1	Influenzavirus A subtipo H1N1 humana
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	VIGITEL Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

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	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	55
4 Avaliação da intervenção.....	56
4.1 Resultados	56
4.2 Discussão.....	71
5 Relatório da intervenção para gestores	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências	83
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	84

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análise situacional e estratégica coletamos e organizamos informações relacionadas aos indicadores epidemiológicos, oferta e organização dos serviços da UBS e após sistematizá-los, tendo-os como base para a escolha da intervenção prioritária para o nosso serviço, elaboramos o Projeto de Intervenção para melhorar a atenção destinada aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Maria Regina Sousa em Beneditinos/PI, com a finalidade de diminuir a morbidade, as sequelas e mortalidade por estas doenças.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mais sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso com o reflexo da situação de saúde da atenção primária e estratégia de saúde da família no município, das principais dificuldades que apresenta no serviço e a relação entre eles.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégico por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso que oferece os principais aspectos que se implantaram para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por último, será apresentada a bibliografia utilizada anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho no município de Beneditinos, Estado do Piauí na UBS Maria Regina Sousa. O município tem uma população total de 9911 mil habitantes segundo o Censo de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. Existem cinco ESF em dez Unidades de Saúde tradicionais. Contamos também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviço hospitalar, laboratório de análises clínicas, assim como serviço de ultrassonografia. Nossa equipe é a número dois e atende a uma população situada na área urbana da cidade com aproximadamente 2.470 pessoas e estão compostas por quatro Agentes Comunitários de saúde (ACS), uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma odontóloga e uma auxiliar de saúde bucal. Eu e a técnica de enfermagem trabalhamos de segunda-feira até quinta-feira, oito horas por dia. A enfermeira, o dentista e a auxiliar de saúde bucal trabalham de terça a sexta-feira, oito horas por dia. Os ACS trabalham de segunda a sexta-feira, oito horas por dia. A UBS em que trabalho, tem boa estrutura física para fornecer uma adequada atenção à população. O trabalho com a comunidade vai muito bem, onde o acolhimento e aceitação por parte da comunidade é muito boa, além do trabalho em equipe que é feito com muita responsabilidade e dedicação.

Realizamos consultas clínicas agendadas cerca de 30 pessoas por dia, além das consultas de urgências e atendimento às demandas espontâneas. Temos um cronograma de trabalho com planejamento das atividades que vamos fazer durante o mês, sendo que o mesmo é feito e discutido na reunião da equipe de saúde realizada todos os meses, no início de cada mês. Disponibilizamos atendimentos aos grupos específicos como grávidas, crianças, usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. São realizadas visitas domiciliares, além disso, o trabalho de promoção e prevenção da saúde é feito de forma permanente na UBS, na comunidade e na escola onde realizamos palestras educativas relacionadas com os mais preocupantes problemas de saúde da comunidade como: hipertensão,

parasitismo, gravidez na adolescência, desnutrição, hábitos tóxicos, infecções das vias aéreas superiores, entre outros.

Primeiramente iniciamos com a atenção a grupos priorizados a partir da realização de palestras, neste sentido, estamos cadastrando e pesquisando toda a comunidade para assim realmente conhecer o universo da população que atendemos e quais são as principais doenças da comunidade. O planejamento das reuniões com a comunidade também será realizado, mas ficará em nosso segundo plano de trabalho. Salientamos que o NASF para a nossa equipe tem um papel fundamental no que tangem às necessidades de acompanhamento por psicologia, nutricionista e fisioterapeuta.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Beneditinos pertence ao Estado do Piauí, fica na região nordeste do país, tem uma área territorial de 805,28 km², a população é de 9911 habitantes e uma densidade demográfica de 12.41 hab./m². Nele, 45% habitam a zona rural e 55% a zona urbana. Temos um nível de pobreza que supera 20% do total de habitantes. Nosso município possui dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) e todas estão funcionando com cinco equipes de Estratégias da Saúde da Família (ESF) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em nosso município há um hospital que disponibiliza serviços de urgência mediante médico de plantão, além disso, possui salas para internação de usuários de baixo risco, sala de parto e laboratório onde são feitos exames de rotina tais como: hemograma, lipidograma, glicemia, sumário de urina e parasitológico de fezes, salientando-se que os exames realizados não são em caráter de urgência. O hospital oferece também ultrassonografia, Eletrocardiograma (ECG) e baciloscopias para tuberculose. A UBS em que trabalho está localizada na zona urbana, com total vínculo ao SUS, que fornece os recursos e materiais para o funcionamento da UBS. Todos os usuários que precisam de atendimento em serviços de nível secundário ou terciário são encaminhados através dos recursos ofertados pelo SUS.

Para facilitar nosso trabalho, existe vínculo da ESF com as três escolas de ensino fundamental e ensino médio, situadas na comunidade, na qual semestralmente são realizadas atividades de educação em saúde, palestras, conversas e orientações gerais tanto a professores quanto a estudantes. A UBS

conta com uma equipe composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um auxiliar de saúde bucal e um odontólogo.

A estrutura física da UBS é boa. Tem 17 anos de funcionamento, conta com uma recepção bem ampla, uma sala de reunião com quinze cadeiras, um consultório de enfermagem, uma sala para imunização, uma sala para procedimentos de enfermagem, um consultório odontológico, um consultório médico, uma farmácia, uma sala para consulta da nutricionista e uma sala para realização de colpocitologia. Apesar de a UBS estar em funcionamento há alguns anos a prestação de assistência à população, ela ainda possui limitações que afetam a realização de um bom atendimento. Neste sentido, há deficiência no fornecimento de medicamento da Relação de Medicamentos Essenciais para a Rede Básica de Saúde (RENAME)

Em nossa UBS o prontuário existente é impresso e suficiente. A realização de exames laboratoriais de análises clínicas agora constitui um problema, visto que o laboratório está sem funcionar há meses. Os exames complementares de imagem tem que ser feitos em Teresina há mais de 100 km de distância do município, bem como o acesso às consultas especializadas. A população é muito pobre e tudo isso dificulta o deslocamento do usuário para fazer exames na capital do estado, além do que, uma vez quando feitos, os resultados tardam mais de três meses para chegar.

Nossa UBS tem uma população cadastrada de 2.470 pessoas. Delas 1.280 são mulheres representando 52% e 1.190 homens, representando 48% do total de habitantes. Ainda existe excesso de demanda espontânea e a equipe sempre faz um esforço maior para não deixar ninguém sem atendimento. A equipe faz o acolhimento, orienta o usuário e se é preciso encaminhar para outro serviço, a equipe logo providencia o que é necessário.

Em relação à saúde das crianças de 0 a 72 meses, o atendimento é feito pelo médico e enfermeira, existe um registro delas com a programação de consultas de acordo com o cronograma feito recentemente pela equipe, porque antes as consultas de puericultura não eram realizadas nos 100 % das crianças. A equipe está começando a organizar e planejar o trabalho mais focado na prevenção e promoção da saúde, e por isso estamos dando prioridade a esse tipo de atendimento e realmente a população está acolhendo com muita satisfação. A partir deste trabalho o número de usuários que participam das consultas de puericultura está aumentando gradativamente. Esses resultados são oriundos das atividades

educativas em forma de palestra que estamos realizando para a população em diferentes locais como escolas, UBS, grupos específicos e nas próprias visitas domiciliares.

De acordo com o CAP, a população da área de abrangência da UBS têm aproximadamente 37 crianças menores de um ano residentes na área, e temos cadastradas e acompanhadas 29 (78%) dos menores de um ano residentes na área. Para estas crianças menores de 1 ano acompanhadas na UBS estamos com 29 (100%) com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 29 (100%) com o Teste do pezinho realizado em até sete dias de vida, 29 (100%) com triagem auditiva realizada e 29 (100%) com monitoramento do crescimento e desenvolvimento realizado na última consulta, bem como todas as 29 (100%) estas estão com vacina em dia e as mães receberam orientação para aleitamento materno exclusivo. Estamos com problemas apenas na realização da primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida onde apenas 26(90%) das crianças foram avaliadas obedecendo à orientação do MS quanto à primeira semana de saúde saudável.

Nossa equipe tem a tarefa de convencer e conscientizar os pais para que não fique nenhuma criança sem frequentar a UBS. O resultado mais positivo até agora é o estabelecimento de um cronograma de consultas programadas, permitindo assim a atualização do registro com todas as crianças até os seis anos de idade e realização da primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de nascimento.

Na atenção ao pré-natal e puerpério na UBS, pelo CAP de acordo com a população da área de abrangência da UBS que é de 2.470 habitantes teríamos na área 37 gestantes o que corresponde a 1% da população total da área, porém temos 32 (86%) gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS. Delas 28(88%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. As 32 (100%) gestantes cadastradas têm as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, assim como a solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados. As 32 (100%) grávidas têm a vacina antitetânica e hepatites B conforme com o protocolo e, a prescrição do suplemento de sulfato ferroso conforme protocolo. O exame ginecológico segue como estabelece o protocolo nas 32 (100%)

gestantesacompanhadas pela nossa equipe assim como nas mesmas fora realizado avaliação bucal e receberam orientação sobre o aleitamento materno exclusivo.

O pré-natal é realizado pelo médico e enfermeira. Em relação a esta cobertura um fato muito importante que vemos é o nível de consciência, disciplina e responsabilidade das grávidas durante a gestação, graças ao bom trabalho que está sendo realizado pela nossa equipe. Neste sentido, estamos alcançando bons resultados no final do parto, onde não temos mortes infantis, maternas nem crianças com baixo peso ao nascer. Em nossa UBS as grávidas podem contar com o acompanhamento durante a gestação da odontologa e da nutricionista. Além disso, estão participando de atividades educativas e lúdicas pela fisioterapeuta sobre “psicoprofilaxis” para o parto normal.

Nas ações para prevenção de câncer de mama temos um número estimado de 184 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e estão acompanhadas na UBS 101(55%) destas mulheres e os indicadores de qualidade demonstram que apenas 54(53%) destasmulherestem Mamografia em dia. As usuárias que se encontram em a faixa etarea alvo entre 50 e 69 anos de idade são realizadaso exame clinica anual pelos profissionais da equipe, Há um mês estão fazendoultrassonaografia mamaria no Hospital municipal de Beditinos o que favorece um melhor atendimento e diagnostico precoze das doenças mamarias. As mulheres entre 50 e 69 anos são referenciadas para Teresina-Piaui para á realização da Mamografia. Temos 47(47%) com mamografia com mais de 3 meses em atraso .Temos que as 101 (100%) mulheres receberam avaliação de risco para câncer de mama bem como receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama e receberam orientação sobre a importância da realização de mamografia bem como sobre prevenção do câncer de mama. O exame de mamografia só é possível de ser realizado na capital do estado, onde fica muito distante de nossa comunidade e a maioria da população é de baixo poder aquisitivo e não tem condições de arcar com os gastos em transportes.

O acompanhamento deste segmento é realizado pelo médico e a enfermeira da equipe, no que podemos perceber a existência dedeficiênciasno cumprimento desta ação programática.

De acordo com o CAP, o numero estimado de mulheres entre 24 e 64 anos

residentes na área é de 596. O total de mulheres entre 25 -64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo uterino é de 596, sendo uma cobertura de 100%. O número de mulheres com exame citopatológico para câncer de colo uterino em dia é de 498(84%). Relacionado com o exame citopatológico para câncer de colo uterino com mais de 6 meses de atraso temos 98(16%) mulheres entre 25-64 anos. No caso do exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado temos 4 (1%)mulheres. Estas usuárias que tiveram exames alterados foram encaminhadas para especialista e tiveram evolução satisfatória.

Temos um total de 76(13%) mulheres com avaliação de risco para câncer de colo de útero. Todas as 498 (100%)que estavam com o exame em dia receberam orientação sobre a prevenção de câncer de colo de útero e orientação sobre DST.Devemos salientar que 99% das coletas realizadas estão com amostra considerada satisfatória e com exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar. As mulheres são orientadas nas consultas para fazerem o exame de prevenção de câncer de colo de útero e de mama, mas nem todas procuram fazer os exames com a periodicidade recomendada pela equipe. Precisamos elevar o nível de conhecimento de todas as mulheres sobre a importância de prevenir esses tipos de câncer, mediante a eliminação de fatores de riscos, realização do exame citopatológico mamografia e o autoexame da mama.

Em relação à prevenção destas doenças mencionadas acima estamos procurando realizar o maior número de atividades educativas possíveis, levando assim o conhecimento da importância da realização destes exames. A equipe procura orientar todas essas mulheres que por “preconceitos/tabus”ou algum outro motivo são faltosas as consultas.

Outro ponto satisfatório é que o trabalho de promoção e prevenção realizado pela equipe está repercutindo na comunidade, onde a população está muito satisfeita com os serviços prestados.

No que diz respeito à Hipertensão Arterial, a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 496. O total de usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhada na UBS é de 357, o que resulta em uma cobertura de 72%. O número de hipertensos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é de 357 (100%). Em relação ao atraso em consultas agendadas em mais de sete dias temos

um total de 32 (9%) hipertensos. Em relação aos exames complementares periódicos em dia temos um total de 248 (69%) hipertensos. Os 357 hipertensos acompanhados na UBS receberam orientação sobre a prática de atividade física regular assim como a orientação nutricional para alimentação saudável. Nestas orientações participaram a nutricionista, o médico ou a enfermeira. Com relação à Saúde bucal só 248 (69%) foram avaliados.

.Em relação aos usuários diabéticos existe uma estimativa de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de 142 e o total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 131 (92%). Com relação à estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, foram avaliados os 131 (100%) diabéticos cadastrados. Temos 12 (9%) usuários diabéticos com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. O número de usuários diabéticos com exames complementares em dia é de 129 (98%). Todos os 131 (100%) diabéticos cadastrados estão com exame físico dos pés nos últimos três meses, com a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses e todos eles receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável. Relacionado com a avaliação de Saúde bucal em dia foram avaliados 65 (50%) dos 131 diabéticos cadastrados.

A consulta destes usuários é realizada pelo médico e enfermeira, sendo as ações programadas e estruturadas de acordo com o cronograma da UBS e protocolo do Ministério da Saúde (MS). Temos um dia disponível para o atendimento dessas patologias, embora seja realizado atendimento a todos os usuários que chegam à unidade, independente de pertencer a algum grupo ou não. Existem usuários que possuem acompanhamento com um número maior de avaliações e consultas por ano. Aqueles que precisam ser avaliados por outra especialidade devido a complicações ou agravamento de sua doença são encaminhados aos respectivos modelos de atenção completa conforme doutrinas do SUS.

Acreditamos que há possibilidade de ter na comunidade usuários com hipertensão e diabetes que não estão ainda acompanhados na UBS, por este motivo nossa equipe pretende visitar todas as famílias e fazer busca ativa dessas doenças, classificando os grupos de risco. Outra medida extremamente importante é continuar com as atividades educativas considerando que constituem uma estratégia fundamental de mobilização da comunidade.

Mensalmente realizamos reuniões com o grupo de Hipertensos e Diabéticos

do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético e realmente podemos dizer que a população está muito satisfeita, mas precisamos melhorar a atualização do registro mediante busca e diagnóstico de possíveis usuários com hipertensão arterial e diabetes que não estão fazendo tratamento.

Em relação à saúde dos idosos, temos uma estimativa de usuários idosos com 60 anos ou mais residentes na área de 263 e estamos com uma cobertura de 100%. Todos os 263 (100%) acompanhados possuem a Caderneta de Saúde do Idoso e tiveram realizado a avaliação multidimensional, tiveram realizado a Avaliação de risco para morbimortalidade e a Investigação de indicadores de fragilização na velhice. Estão com o acompanhamento em dia apenas 210 (80%) dos idosos cadastrados. Todos os cadastrados tiveram orientação para hábitos alimentares saudáveis e orientação para realizar atividade física regular. Relacionado com a avaliação da Saúde bucal só 76 (29%) idosos foram avaliados. Dos 263 idosos acompanhados temos que 221 (84%) são hipertensos e 144 (55%) são diabéticos. Todos são avaliados pelos profissionais da equipe e pelo NASF determinando a Capacidade Funcional Global dos mesmos através do exame clínico e explicando aos idosos e a seus familiares para que possam reconhecer sinais de riscos relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos tais como a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão entre outros.

O atendimento é realizado pelo médico e enfermeira, e não existe um cronograma específico, pois essa clientela procura a UBS qualquer dia da semana sempre que precisam de atendimento, já que grande parte deles, por ser usuários com doenças crônicas, precisa de atendimento o mais breve possível, impossibilitando a restrição de dias específicos. A maioria das visitas domiciliares é realizada aos usuários idosos, tendo em conta que é um dos grupos mais vulneráveis, onde existem usuários impossibilitados de se deslocar por ter algum tipo de incapacidade física, motora ou mental. Igualmente as grávidas e as crianças, os idosos têm prioridade no atendimento. Anualmente são vacinados contra H1N1. No momento este grupo está sendo visitado no domicílio pela nutricionista e a dentista além dos outros integrantes da equipe.

Todos os idosos têm prontuário impresso, pois não existe prontuário eletrônico. A estimativa do número de idosos colocados pelo CAP está de acordo com a realidade de nossa área.

Analisando os indicadores de Saúde Bucal encontrados no CAP fica claro que as médias dos procedimentos clínicos realizadas por atendimento ao cliente estão acima, inclusive do parâmetro mínimo e máximo esperado onde já conseguimos realizar 1,9 procedimentos por habitante/mês. Isto é muito bom e sem dúvidas a realização de mais de um procedimento por consulta reduz custos e o número de consultas necessárias para concluir os tratamentos.

De acordo com a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica programática temos que a principal demanda atendida é a de gestantes (87%) e que 100% das Gestantes e 87% dos pre-escolares estão com Tratamento Inicial Completado e, vimos que o outro grupo priorizado para o atendimento programático foram os Escolares (5 a 14 anos), e que 77% deles finalizaram o tratamento.

Outra situação que fora demonstrado no CAP é que há uma demanda considerável dos indivíduos Escolares (5 a 14 anos) e Idosos para atendimentos de urgência, se considerar os dados dos “Atendimentos não programados”.

No que tange à primeira consulta odontológica programática nos grupos populacionais prioritários, sem dúvidas é melhor que ocorram mais atendimentos programados do que de atendimentos não programados, e precisam conversar e traçarmos estratégias de agendamento de forma que o usuário tenha a sua consulta previamente agendada e possam concluir os tratamentos estipulados pelo diagnóstico traçado pelo profissional durante a Primeira consulta programática.

Muitos usuários de nossa área não assistem a consulta nem participam das palestras e atividades culturais e recreativas que são feitas pela equipe. Por este motivo que a equipe tem a responsabilidade de visitar cada uma das famílias, com o objetivo de fazer um diagnóstico certo do estado de saúde da população e aproveitar para dar atendimento e encaminhar todos os faltosos à consulta clínica. Essas atividades estão sendo planejadas e monitoradas mensalmente nas reuniões da equipe.

O maior desafio que nossa equipe possui é promover mudanças no modo e estilo de vida das pessoas, com a finalidade de eliminar muitos fatores de risco prejudiciais à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Precisamos atualizar o cadastramento de toda a população de nossa comunidade para assim permitir

identificar toda a situação de saúde em geral. Estabelecer um plano de ação que permita controlar ou diminuir as principais causas de morbimortalidade em nossa área de saúde e para isso contamos com uma equipe que tem muita vontade de trabalhar pela saúde do povo. AUBS Maria Regina, apesar de apresentar algumas dificuldades com o fornecimento de medicamentos, tem uma estrutura física boa para fazer um bom acolhimento do usuário e dar uma atenção médica com qualidade.

O mais relevante que pudemos perceber dos questionários e o caderno de ações programáticas foram preenchê-los corretamente, já que não deixou nenhum aspecto da atenção básica que não tenha sido abordado e orientou muito bem o profissional como fazer o cumprimento de suas atribuições, ensinado como organizar e planejar as atividades de educação para a saúde. Por meio deles sabemos quais são os indicadores tiveram piores resultados e por isso foi preciso criar novas estratégias de trabalho que permitiram melhorar a situação de saúde em nossa comunidade.

De fato ainda temos muitas deficiências que precisam ser melhoradas. Acreditamos que a ESF tem vínculo com os diferentes setores da gestão. Gestores e líderes comunitários podem fornecer ajuda nesse trabalho e minimizar as limitações. Isso não impossibilita o cumprimento das atribuições dos integrantes da equipe, assim como o acolhimento dos usuários do nosso serviço, os quais estão muito satisfeitos com atenção médica que recebem, pois a equipe está fazendo a busca dos usuários cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético e ao Hipertenso para as consultas e acompanhamento. A primeira consulta pré-natal está sendo feita no primeiro trimestre da gestação, assim como a primeira consulta ao recém-nascido acontece nos primeiros sete dias de vida. As visitas domiciliares e as palestras estão sendo realizadas semanalmente e com qualidade.

Estamos trabalhando para aumentar o número de consultas agendadas e assim conseqüentemente diminuir o número de consultas de demandas espontâneas. Há diminuição dos exames de citologias e mamografias que estavam atrasados. As consultas pré-natais estão em dia e tudo isso é fruto de que nosso trabalho está melhorando e que a população acredita e se sente mais satisfeita com nossa atenção. Sendo assim, ainda precisamos melhorar a assistência às consultas de seguimento de puericultura e criar grupos de riscos de diferentes tipos de morbidades. É necessário melhorar nosso vínculo com a população e também com

os outros profissionais de saúde, assim como realizar visitas aos usuários hospitalizados e terminar de fazer o cadastramento atualizado da população para ter o perfil demográfico e de morbimortalidade da comunidade adstrita à equipe.

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

Comparando o relatório final da análise situacional e relacionando à minha percepção inicial da situação da UBS percebo que evoluímos muito. Quando fizemos as primeiras atividades, estávamos com pouco tempo de atuação na UBS e na comunidade e por isso tinha menos conhecimentos do que agora. Para fazer esse relatório obtivemos esclarecimentos da realidade de nossa comunidade e da UBS guiados pelo CAP e pelos Questionários e Questões Reflexivas fornecidas pelo Curso. O trabalho em equipe tem sido consolidado e enriquecido pela experiência profissional de todos os integrantes da equipe. Trabalhamos em uma UBS com uma boa estrutura física, apesar de ainda termos dificuldades, que vão ser superadas na medida em que continuarmos organizando o trabalho. As ações de atenção e atividades educativas à saúde da população continuam sendo feitas, só que de forma mais organizada, planejada e de acordo com os protocolos para cada tipo de programa e atividade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Segundo o Ministério de Saúde em Brasil (2006, p.08) a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além das doenças renal crônica terminal.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013 b pág. 19).

A Hipertensão arterial tem a maior parte do seu curso assintomática e seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do usuário ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo de HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existente e maior acesso a medicamento. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, pois mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Em se tratando do Diabetes Mellitus é sempre importante à atualização dos conhecimentos relacionados à boa prática clínica na assistência ao portador de diabetes.

Como profissionais de saúde deveram ajudar os diabéticos a conviverem com a doença mantendo-os saudáveis. Devemos inclusive nos momento de

educação em saúde trabalhar sobre o “estigma do diabetes”. Ainda temos muitos “preconceitos” e tabus relativos à doença. Muitas vezes nos deparamos com portadores que buscam esconder a doença para fugir de algumas “limitações” e restrições na sua alimentação. Isto é um grande entrave para a adesão ao tratamento adequada para o controle do diabetes.

O projeto se justifica pela necessidade de melhorar o acompanhamento e monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos, realizar uma avaliação clínica mais detalhada dos mesmos e qualificar os registros.

A Unidade Básica de Saúde Maria Regina Sousa tem duas equipes que trabalham no mesmo espaço físico. Nossa equipe é a equipe II, e tem uma população cadastrada de 2.470 usuários deles 1.280 são mulheres e 1.190 homens.

Na área abrangida pela nossa equipe as consultas de hipertensos e diabéticos são realizadas em um dia programado da semana, além disto, realizamos acolhida da demanda espontânea. A população maior de 20 anos estimada para a área de abrangência da equipe é de 1.574 pessoas. A estimativa, segundo o CAP é que tenhamos na área de abrangência 496 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 142 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Acreditamos que existe um número significativo de pessoas que apresentam estas patologias e desconhecem o diagnóstico ou não realizam tratamento e acompanhamento adequado. Temos atualmente cadastrados e acompanhados 357 (72%) hipertensos e 131(92%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Nossa equipe desenvolve um número importante de ações de promoção de saúde para aumentar a pesquisa destas doenças, medindo a pressão arterial a todos os usuários maiores de 15 anos que assistem a consultas e indicando glicemia de jejum a todos os usuários que tem algum dos fatores de riscos para diabetes mellitus. Fazemos palestras para orientar à população sobre a importância de modificar os hábitos e estilos de vida, assim como o uso correto da medicação prescrita para evitar complicações em longo prazo que são muito frequentes nestas doenças. A equipe esta envolvida na realização destas intervenções.

Sabemos que existem dificuldades no cadastramento de todos oshipertensos e diabéticos danossa área de abrangência e, além disso, existem limitações para fazer os exames de laboratórios e os demais exames complementares, ainda assim o projeto se justifica pela necessidade de melhorar o acompanhamento e

monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos, realizar uma avaliação clínica mais detalhada dos mesmos e qualificar os registros.

Entendemos que este foco é um grande desafio, pois nos remete à busca do desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis de modo que possamos garantir na nossa UBS um atendimento e acompanhamento qualificado dos portadores desses agravos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral:

Qualificação da atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Maria Regina Sousa, Beneditinos/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta:1 Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta:2 Cadastrar 100 % 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 a hipertensos e/ou 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 de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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 o registro 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 hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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 de 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 usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

A intervenção foi planejada para ser desenvolvida no período de 16 semanas, mas foi reprogramada para 12 semanas na área adstrita à Unidade de Saúde Maria Regina Sousa, no município Beneditinos, do Estado de Piauí. A área de abrangência da UBS é responsável pela cobertura de 2.470 pessoas. Temos conhecimento que na área de abrangência da UBS existem 357 hipertensos e 131 diabéticos e trabalharemos durante toda a intervenção buscando o cadastramento e acompanhamento deste público alvo.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo:1. Ampliar a cobertura á hipertensos e diabéticos

Metas:1 e 2 Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de hipertensos e Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Monitorar a cobertura de todos os usuários maiores de 20anos que assiste a UBS e nas visitas domiciliares para fazer o cadastramento e o rastreamento de HAS e DM. Com o apoio dos ACS estaremos realizando um levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não esteja cadastrado na UBS. Também para realizar esse levantamento pretendemos revisar o prontuário clínico de todos os diabéticos e hipertensos cadastrados, revisar ficha familiar e arquivo específico.

Para efeito de monitoramento, a enfermeira e o médico revisarão livros de registro e prontuários dos usuários que buscaram o serviço para tratamento e avaliação clínica, diagnosticados ou com suspeita de diabetes e hipertensão nos últimos três meses. As informações serão repassadas para a ficha de acompanhamento ao tempo em que será anotada a data da última consulta, os resultados dos últimos exames e há quanto tempo não procuram o serviço. Através de busca espontânea ou agendada do serviço,

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Garantir os registros dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Garantir material adequado para a aferição de medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para os diabéticos (esfigmomanômetro, manguito, fita métrica, glicosímetro).

Detalhamento: Atualizar o registro semanalmente e monitorar. Acolher todos os usuários maiores de 18 anos que procurem a UBS, garantindo a aferição da PA de todos osusuários pela técnica de enfermagem e/ou médico e/ou enfermeira, está atividade será realizada diariamente no horário de funcionamento da UBS. Usuários com picos hipertensivos, sinais claro de pé diabético ou referindo sintomas clássicos de diabetes e hipertensos terão prioridade no atendimento. Todos os usuários sairão com consulta agendada e os mesmos serão atendidos de acordo com a demanda espontânea e as consultas agendadas previamente.

A busca dos usuários faltosos será realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) após capacitação e também através de palestras realizadas pela equipe para a comunidade.

Os grupos de hipertensos e diabéticos serão realizados no espaço físico próprio da UBS. Serão feitas palestras, orientações e atividades multiprofissionais com reuniões frequentes para também tirar possíveis dúvidas dos usuários e a inserção de novos membros.

Garantir material adequado para a tomada de medida de pressão arterial, para isto tem segurança de que a calibragem do esfigmomanômetro esteja certa e que tenhamos o uso adequado do manguito de acordo com o tamanho do usuário (esfigmomanômetro para o indivíduo adulto e para o obeso). Garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde

→No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HA e DM da unidade de saúde.
- Informar a comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idades pelo menos anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabete.

Detalhamento: Orientar a comunidade da importância da verificação PA e do rastreamento da DM, através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso será responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde e divulgação dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

- -Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Detalhamento: Capacitar a equipe sobre cadastramento e acolhimento de todos os usuários maiores de 20anos para o rastreio de casos de HAS e DM, nas reuniões semanais durante as duas primeiras semanais e se necessário se estende a mais semanas. A capacitação vai ser feita no âmbito da UBS coordenada pela médica da equipe. Participarão das capacitações todos os componentes da equipe. As capacitações serão realizadas no dia da reunião da equipe para a entrega de produção dos ACS onde vamos dedicar duas horas para isto. Para as capacitações adotaremos como fonte de consulta os cadernos de Atenção básica nº 36 e 37 do Ministério da Saúde, que tratam de Diabetes e hipertensão respectivamente.

A divulgação do programa HIPERDIA, informação à comunidade sobre os benefícios da atuação do programa, realizado pela equipe ocorrerá a partir de palestras, distribuições de folders, cartazes, visita dos ACS e durante o atendimento clínico do médico e enfermeiro.

Objetivo: 2 Melhorar a qualidades de atenção a hipertensos e diabéticos

Referentes às metas do Objetivo 2:

→No Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação:

- Orientar aos 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar o exame clínico periódico
- Orientar aos usuários a importância de fazer os exames complementares periódicos seguindo o protocolo
- Orientar a os usuários hipertensos e diabéticos a importância de manter o cadastro na farmácia popular para obter os medicamentos segue o tratamento estabelecido ao usuário.
- Orientar aos 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos sobre as necessidades de atendimento odontológico.

Detalhamento: Durante cada consulta ou visita domiciliar será anotado, pela médica e /ou enfermeira, os dados obtidos no exame clínico de cada usuário no prontuário individual e ficha espelho monitorando os mesmos ao final de cada mês.

Orientar a comunidade da importância de realizar o exame clínico periódico dos usuários hipertensos e diabéticos, fazer exames complementares periódicos, manter o cadastro da medicação na farmácia popular e comparecer a consulta odontológica periodicamente segundo protocolo, através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade, isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

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

Detalhamento:

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, esta atividade será feita na primeira semana do projeto de intervenção, no dia da reunião da equipe, vamos disponibilizar duas horas para esta atividade, além disso, neste mesmo horário vamos capacitar a equipe da unidade de saúde para orientação aos usuários hipertensos quanto à realização do exame clínico periódico, a realização dos exames complementares, verificar se os usuários tem atualizado o cadastramento dos medicamentos na farmácia popular e sobre as necessidades de atendimento odontológico, com a participação ativa da Odontóloga e a ASB e todos os integrantes da equipe, de quatro em

quatro semanas faremos novas capacitações para mantende-nos atualizados e tirar as duvidas que vá aparecendo.

→No Eixo Engajamento Público

Ação

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários hipertensos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários diabéticos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários hipertensos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários diabéticos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, e a necessidade de realização de exames complementares e à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

→No Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado aos usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nos usuários diabéticos.

Detalhamento: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos, seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nos usuários hipertensos e diabéticos.

Objetivo:3Melhorar a Adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Referentes às metas do Objetivo 3:

→No Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação

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

Detalhamento: Revisar todos os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos para conhecer o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia,) será realizado pelos agentes de saúde, a enfermeira o medica e a técnica de enfermagem.

→No Eixo Organização e Gestão dos Serviços

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos
- Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos

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

Detalhamento: Os agentes domiciliares devem organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos, o médico e a enfermeira deve organizar agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

→No Eixo Engajamento Público

Ações:

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

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde devem informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas de Hiperdia, se realizaram palestras e conversas com os usuários para esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

→No Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

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

Detalhamento: Capacitar a os agentes comunitários para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade esta atividade deve ser feita pela enfermeira e o médico da equipe, esta atividade será

feita na primeira semana da intervenção e de quatro em quatro semanas ate terminar o projeto de intervenção.

Relativas ao objetivo 4 : Melhorar o registro das informações;

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

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

→No Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Detalhamento: A enfermeira e o medico devem monitorar semanalmente a qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade.

→No Eixo Organização e Gestão dos Serviços

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
Implantar a ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos.
- Pactuar com a equipe o registro das informações dos usuários hipertensos.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários hipertensos.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento; 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 nos usuários hipertensos e diabéticos.

- Manter as informações do SIAB atualizadas dos usuários diabéticos.
- Implantar ficha de acompanhamento dos usuários diabéticos.
- Pactuar com a equipe o registro das informações dos usuários diabéticos.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários diabéticos. .

Detalhamento: A equipe vai manter as informações do SIAB atualizadas, assim como implantar a Ficha Espelho (Anexo A) para o acompanhamento dos usuários. Trabalharemos com a Planilha de Coleta de Dados (Anexo C) aportada pelo curso. A enfermeira e os agentes de saúde serão os responsáveis pelo monitoramento dos registros.

→No Eixo Engajamento Público

Ações:

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

Detalhamento: O agente de saúde, a medica, a enfermeira e a técnica de enfermagem vão orientar os usuários hipertensos e diabéticos, e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário a traves de conversas e palestras no dia de Hiperdia e nas visitas domiciliares.

→No Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A capacitação será feita na primeira semana do projeto e de quatro em quatro semanas ou quando se fizer necessário.

Relativas ao objetivo 5. Mapear hipertensos ediabéticos de risco para doença cardiovascular

Referentes às metas do Objetivo 5:

→No Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Detalhamento: Amédica, a enfermeira a técnica de enfermagem irão monitorar os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos para conhecer quais deles tem realizado pelo menos uma verificação da estratificação do risco por ano na consulta de Hiperdia e nas visitas domiciliares.

→No Eixo Organização e Gestão dos Serviços

Ações:

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

Detalhamento: Todo usuário com hipertensão ediabetes avaliados como de alto risco ao chegar à UBS, vão ter atendimento prioritário e vamos organizar uma agenda para esta demanda.

→No Eixo Engajamento Público

Ações:

- Orientar os usuários hipertensos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários hipertensos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar os usuários diabéticos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: A médica, a enfermeira, os agentes comunitários e a técnica de enfermagem orientarão os usuários hipertensos e diabéticos sobre o nível de risco e a importância do acompanhamento regular dos usuários através de conversas e palestras que serão realizadas na UBS no dia das consultas do Hiperdia e nas visitas domiciliares. Contaremos também com a ajuda da Nutricionista do NASF para esclarecer à comunidade e aos hipertensos e diabéticos cadastrados sobre a importância da alimentação.

→No Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- 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.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Ofereceremos capacitação à equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e a estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis.

Relativas ao objetivo:6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos;

Referentes às metas do Objetivo 6:

→No Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Monitorar a realização de orientação aos hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável, realização de atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal e isto será anotado no prontuário e na ficha espelho, para a alimentação a planilha de coleta de dados.

→No Eixo Organização e Gestão dos Serviços

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável dos usuários hipertensos.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade dos usuários hipertensos.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável dos usuários diabéticos.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade saudável dos usuários diabéticos.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar o tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Em conjunto com o NASF organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e práticas coletivas para orientação de atividade física e coordenar com o gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

→No Eixo Engajamento Público

Ações:

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

Detalhamento: Realizar palestras com os usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável associada à prática de atividade física. Cabe destacar a importância de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras e mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isto será de responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável nos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde para os usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável para os usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde para os usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular para os usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde para os usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular nos usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nos usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas nos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas nos usuários diabéticos.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nos usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal nos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal nos usuários diabéticos.

Detalhamento: Capacitar a todos os integrantes da equipe sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas, para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores propostos neste projeto serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas.

Referente ao Objetivo 1

Meta:1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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.

Relativas ao objetivo: 2

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

Indicador:3 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador:4 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador:5 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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/Hiperdia priorizada.

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

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

Meta: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/Hiperdia priorizada.

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.

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.

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.

Relativas ao 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 às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo:4

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.

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 com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Relativas ao objetivo:5

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

Indicador: 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador: 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Relativas ao objetivo 6

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

Indicador: 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: 23. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

*Indicador:24.*Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção a Hipertensão e Diabetes na UBS Maria Regina Sousa, nossa equipe vai a adotar como Protocolo os Caderno nº 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha-espelho (individual anexo A), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de Hiperdia.

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

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, com medida da sensibilidade dos pés, necessidade de encaminhamento para especialistas ou outro nível do Sistema, orientações recebidas e participação de atividades educativas, por isso para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e a enfermeira vão acrescentar estes dados na Ficha Espelho no momento dos atendimentos.

Faremos contato com os gestores municipais para dispor das Fichas Espelho necessárias que serão anexadas aos prontuários dos usuários.

Pretendemos durante a intervenção cadastrar 100 % dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência da unidade de saúde e Diabéticos e 100% nas metas dos indicadores de qualidades para as duas doenças.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo C).

Para a organização das ações:

1- Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente estaremos realizando um levantamento do numero hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção a HA e a DM na UBS.

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

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

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

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

Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pela medica e enfermeira semanalmente para monitorar indicadores de qualidade.

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

Deve-se também monitorar o acesso dos diabéticos e hipertensos a medicamentos da Farmácia Popular.

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

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

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

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

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

Os dados coletados serão colocados em uma planilha do Excel para análise (Planilha de Acompanhamento de Coleta de Dados).

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

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

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

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

Para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos no Programa a equipe estará atendendo aos Hipertensos e diabéticos com consulta programada nassegundas e quartas-feiras semanalmente.

O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência que faltarem à consulta agendada. Em todas as visitas domiciliares o ACS deverá informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde bem como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

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

O acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para evitar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consultam de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que sete dias.

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

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

Devemos organizar a as agendas da médica e enfermeira e odontólogo para acolher a demanda referenciada destes usuários das demandas espontâneas bem como as provenientes das buscas ativas.

Devemos organizar a agenda da equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal de forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os Hipertensos e Diabéticos, principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após a avaliação da médica e da Enfermeira da equipe.

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

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

3-No Eixo de Engajamento Público, para sensibilizar a comunidade, será realizadas reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitará o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertenso e diabético, orientando-os sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento dessas doenças. Orientar os usuários e a comunidades quanto a riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares. Sensibilizar os usuários e a comunidade sobre a importância de assistir às consultas. Em estas atividades se realizaram em palestras, conversas, grupos, onde serão responsáveis a medica e a enfermeira, e teriam participação todos daequipe.

4-No eixo de Qualificação da Pratica Clinica, para viabilizar a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo temos que a análise situacional da definição do foco de intervenção foi discutida com a equipe na UBS, assim começaremos com a capacitação sobre o Protocolo da Hipertensão e Diabetes pelo MS para que toda a equipe utilize igual referencias com o manejo dos usuários hipertensos e diabéticos. Antes da Intervenção buscaremos fazer a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontólogo. Capacitar a equipe para o uso dos impressos e registro das ações. Também organizaremos o acolhimento e o fluxo de encaminhamento do usuário dentro da UBS. As reuniões e capacitações ocorrerão no Salão de Reuniões da UBS e serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário da reunião da

equipe, e realizadas nas duas primeiras Semanas da Intervenção. As capacitações acerca do protocolo serão ministradas/coordenadas pela médica, enfermeira e a odontóloga. Inicialmente trabalharemos sobre os fatores de risco para estas duas doenças. Capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e utilização correta da Ficha B do SIAB. Capacitaremos a Técnica de Enfermagem para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Médica e enfermeira buscará atualizar a realização de exame clínico apropriado e exames complementares baseados no Protocolo e realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sua importância do registro desta avaliação. Será também orientado em capacitação da equipe sobre estratificação de risco, mesmo que esta avaliação seja feita em consulta clínica, toda a equipe deve conhecer os critérios desta estratificação. Discutiremos na capacitação as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular /Hiperdia e a odontóloga fará a capacitação acerca da necessidade de avaliação odontológica. Buscaremos capacitar os ACS e demais componentes da equipe para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à importância do acompanhamento regular das consultas e sua periodicidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A primeira ação proposta no Cronograma foi a Reunião da equipe para apresentação de Projeto de intervenção e definição do papel de todos os profissionais na ação programática. Esta tarefa foi cumprida na primeira semana e foram explicadas em detalhes as funções de cada um dos integrantes da equipe. Analisamos os protocolos adotados. Foi uma reunião muito positiva, pois a equipe ficou unida e muito confiante para cumprir com os objetivos e metas propostos no projeto.

Organizamos o fluxo de atendimento aos usuários, algo que de certa forma estabeleceu novas estratégias de trabalho. Fizemos capacitação de todos os profissionais da equipe sobre admissão, avaliação e orientações sobre hipertensão e diabetes, dentro do que lhes corresponde segundo sua função na equipe.

Fizemos a organização da agenda compartilhada entre os profissionais: médico, enfermeira e odontóloga. Esta atividade foi cumprida na primeira semana e se estabeleceu a consulta de Hipertensos e Diabéticos na quarta-feira junto com a consulta odontológica e agendamos a visita domiciliar dos usuários faltosos à consulta de odontologia nas sextas-feiras pela manhã. O horário da consulta domiciliar pelo médico e a enfermeira se manteve nas terças-feiras pela manhã. Durante a organização desta etapa acreditávamos que seria difícil trabalhar com diferentes pessoas e categorias profissionais e, conseqüentemente, diferentes níveis de conhecimento, mas a aceitação dos profissionais em participar deste projeto foi muito boa. Temos que reconhecer que a união entre todos foi o fator mais importante para o êxito de nosso projeto de intervenção. A capacidade de todos os participantes apontarem ideias foi um fato muito gratificante. Capacitamos os integrantes da equipe no uso dos documentos impressos e registro das ações,

assim como a capacitação dos ACS na busca de casos novos e busca ativa de usuário faltoso às consultas clínica e odontológicas.

O passo seguinte, de acordo com o cronograma, foi o cadastramento de diabéticos e hipertensos moradores da área de abrangência, e esta atividade não foi cumprida integralmente. Tivemos problema com algumas pessoas que não conseguimos cadastrar pela ausência de um dos ACS durante a maior parte do projeto. Foi muito difícil para a equipe localizar hipertensos e diabéticos pertencentes a esta micro área.

Os atendimentos clínicos dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados foram realizados nas 12 semanas segundo o cronograma, com a atualização dos prontuários. Realizou-se a visita domiciliar pela equipe de saúde nas terças-feiras pela manhã durante as 12 semanas segundo o cronograma.

O atendimento à comunidade continuou acontecendo da mesma forma, porém eu a enfermeira conseguimos materiais bastante interessantes, que complementavam o atendimento e nos permitiam avaliar de melhor forma os usuários, os indicadores durante o exame físico, preenchimento de dados e prescrição de exames complementares. Importante salientar que o número de usuários que procuravam as consultas espontaneamente teve um aumento considerável. Fato que permitiu uma avaliação de uma parcela maior dos usuários da área em que atuo e conseqüente diagnóstico de diabetes e hipertensão e de outros agravos.

O grupo de hipertensos e diabéticos, que existia antes do início da intervenção, passou a ter uma importância fundamental na divulgação do programa na comunidade, A cada nova reunião era crescente o número de frequentadores. O conhecimento sobre a hipertensão e diabetes entre os mesmos era notável. Foi interessante saber que a divulgação boca-a-boca surtiu um efeito maior do que esperávamos. Folders e palestras que eram dadas pela enfermeira e por um agente comunitário de saúde que tem muita facilidade de expressão, acerca das doenças, do tratamento, dos sinais e sintomas e muitas outras informações pertinentes, além de desmistificar ou apoiar conhecimentos populares e permitir um ganho para nós da equipe.

A outra atividade tratava da reunião com a gestão para viabilizar o apoio para logística da intervenção, proposta para a primeira semana do projeto, foi

cumprida parcialmente pelo fato da secretaria de saúde estar viajando. Reunimos-nos com um representante da Secretaria de Saúde e recebemos todo o apoio que precisamos para realizar o projeto com qualidade, desde materiais e insumos até o transporte para fazer visitas a usuários faltosos em horários extras.

Realizamos o atendimento clínico dos usuários hipertensos e diabéticos segundo o cronograma. Conseguimos organizar e cumprir com a realização de atividades em grupo, atividades de prevenção e promoção de saúde assim com atividades sobre saúde bucal dirigida pela odontóloga e auxiliar de saúde bucal.

As reuniões com a equipe para monitorar e avaliar o andamento do projeto foram realizadas segundo o cronograma, solucionando situações e problemas que foram aparecendo no dia a dia.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A disponibilidade de material de educação em saúde para divulgação do programa Hiperdia foi o maior problema encontrado durante toda a intervenção. Embora tenhamos conseguido realizar essa atividade, como prevista no cronograma atingiu um número menor de usuários do que havíamos planejado. Esta ação poderia ter sido melhor se não tivéssemos a ausência do agente comunitário de saúde do micro área 5.

Tivemos também problemas com o laboratório municipal para a realização de exames complementares e a agilidade na entrega dos resultados e isto acarretaram problemas na realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Nem todos os hipertensos e diabéticos estavam com os exames complementares periódicos em dia.

Salientamos que os exames complementares indicados para a estratificação de risco eram solicitados, mas muitos usuários não possuíam condições físicas ou financeiras de ir até o hospital de referência.

O contato com as lideranças comunitárias para discutir a importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e solicitar apoio para a capacitação de novos casos e controle dos já diagnosticados foi difícil, mas entramos em contatos com alguns líderes comunitários, mas não conseguimos o apoio que precisávamos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não encontramos muitas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores, visto que a equipe contribuiu muito para que o nosso trabalho fosse feito de maneira satisfatória. Nos aspectos relativos a coleta de dados quantitativos foi realizada por meio das fichas espelhos e da planilha de coleta de dados e os dados quantitativos foram coletados por meio dos diários de intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa equipe foi muito consciente da importância de incorporar as ações deste projeto à rotina diária. Os ACS mantém a busca ativa de casos novos de usuários hipertensos e diabéticos na área de abrangência que corresponde a nossa equipe. Continuamos realizando atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade sobre temas muito importantes para manter um adequado nível de vida na nossa comunidade. O bom nível organizativo da equipe garantiu os resultados de trabalho que temos hoje notamos que ainda que em pouco tempo de intervenção, diminuimos o atendimento dos usuários de nossa área de abrangência aos serviços de urgência e emergência, pois quando o controle das doenças crônicas é realizado adequadamente na atenção básica diminui-se o risco de complicações e o nível de aceitação e confiabilidade da população aumenta, e logo podemos oferecer uma atenção em saúde com qualidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O Objetivo principal da Intervenção foi melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da população vinculada à Unidade de Saúde Maria Regina Sousa, no município Beneditinos, do Estado de Piauí. equipe. A nossa equipe é responsável pelas 2.470 pessoas da área de abrangência da UBS. Foram avaliados neste processo de intervenção os adultos maiores de 20 anos de idade num período de 1º de fevereiro a 23 de abril do ano 2015 constituindo assim em doze semanas de intervenção.

A intervenção estava prevista para ser realizada num período de 04 meses (16 semanas), porém devido a orientações da Coordenação do Curso a intervenção foi realizada em 12 semanas.

De acordo com a população vinculada à equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS, para fazermos o Relatório da Análise Situacional, estimava-se que teríamos 496 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 142 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e a população com 20 anos ou mais seria de 1.574 pessoas.

De acordo com a Planilha de Coleta de Dados que trabalhamos durante estas 12 Semanas de Intervenção, teríamos a estimativa segundo VIGITEL (2011) de que 22,7% dos maiores de 20 anos da área seriam hipertensos, ou seja, teríamos a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 376 e a estimativa de 93 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, considerando 5,6% dos maiores de 20 anos da área. Ainda segundo VIGITEL(2011), consideramos que de acordo com a população total

vinculada à equipe teríamos que 67% dela seriam maiores de 20 anos de idade, então teríamos 1.655 pessoas com 20 anos ou mais.

Ao início da intervenção, tínhamos conhecimento de que na área de abrangência havia 357 hipertensos e 131 diabéticos e trabalhamos durante toda a intervenção buscando o cadastramento e acompanhamento deste público alvo.

Nós trabalhamos para a análise dos indicadores e metas estabelecidos a alimentação da Planilha de Coleta de Dados (anexo B) e nas células C5 e C6 respectivamente com 357 hipertensos e 131 diabéticos. Este público serviu como base para o cálculo dos indicadores de cobertura e de qualidade aqui apresentados.

Para realizar a intervenção adotamos como protocolo o Caderno número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica-Estratégica para o cuidado de pessoas com doenças crônicas: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Ao fim desta intervenção foram cadastrados 369 pessoas maiores de 20 anos, onde tivemos 346 usuários com HAS e 126 usuários diagnosticados com DM.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas. A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

De acordo com a Figura 1, pode-se observar que no primeiro mês de intervenção foram atendidos e cadastrados 128 (35,9%) usuários hipertensos, no segundo mês o cadastramos 237 (66,4%) hipertensos e no terceiro mês 346 estavam cadastrados, alcançando-se uma cobertura de 96,9% hipertensos cadastrados dos 357 da área de abrangência da equipe.

Os Agentes Comunitários de Saúde fizeram a parte mais difícil do projeto que foi a busca ativa dos usuários diabéticos e hipertensos na sua área de abrangência, mas tivemos dificuldades em um micro área onde o agente de saúde

se afastou do trabalho por motivos pessoais e foi muito difícil chegar ao total dos usuários pertencentes a suamicroárea. Temos que reconhecer que a equipe toda fez um grande esforço. Em reuniões da equipe conseguimos distribuir essa parte da nossa comunidade entre os outros agentes apoiados nas lideranças comunitárias. Temos que reconhecer que não foi suficiente, pois não conseguimos cumprir com a meta proposta.

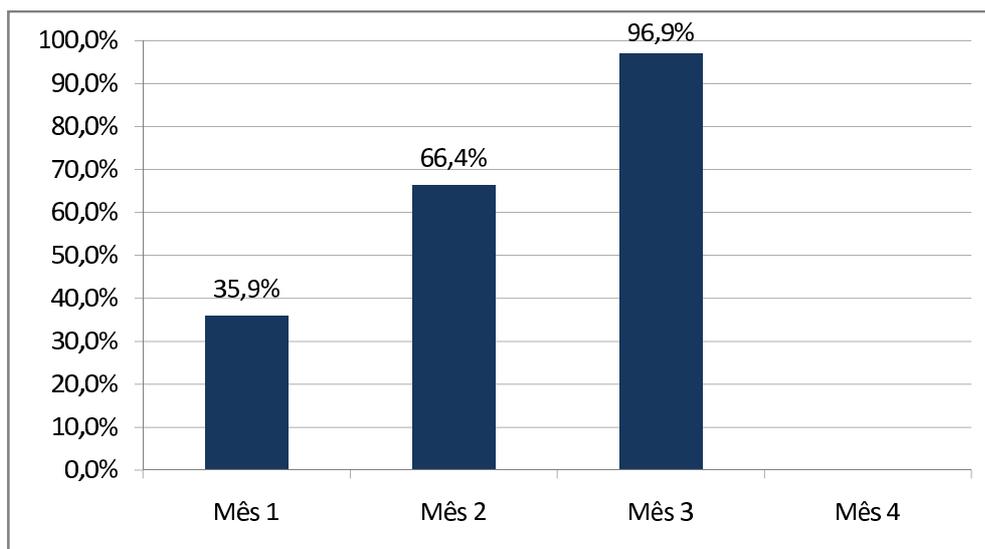


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta:2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Estimávamos cadastrar 131 usuários diabéticos e, de acordo com a Figura 2, no primeiro mês foram cadastrados 32 (24,4%), no segundo mês foram cadastrados 67 (51,1%) e no terceiro mês 126 dos 131 diabéticos da área estavam cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde correspondendo a uma cobertura de 96,2%.

No não cumprimento desta meta influíram os mesmos fatores negativos descritos no caso de hipertensão arterial. Não conseguimos cadastrar 100% dos usuários diabéticos, embora no último mês conseguíssemos melhorar o resultado, a

equipe não conseguiu traçar estratégias para suprir a falta do agente comunitário de saúde que atendia a micro área 5 da nossa área de abrangência .

No início da intervenção, devido a falta de hábito dos usuários em procurarem o serviço de saúde de atenção primária com assiduidade, refletiu na baixa frequência de usuários cadastrados com diabetes mellitus não sendo assim nos usuários hipertensos. Realizamos campanhas de divulgação e mudanças no atendimento aos usuários, com isto ocorreu uma melhor adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa de atenção ao hipertenso e diabético.

Para melhorar a cobertura dos usuários DM e HAS cadastrados na unidade, esforços conjuntos de toda a equipe da unidade e dos gestores municipais foram intensificados.

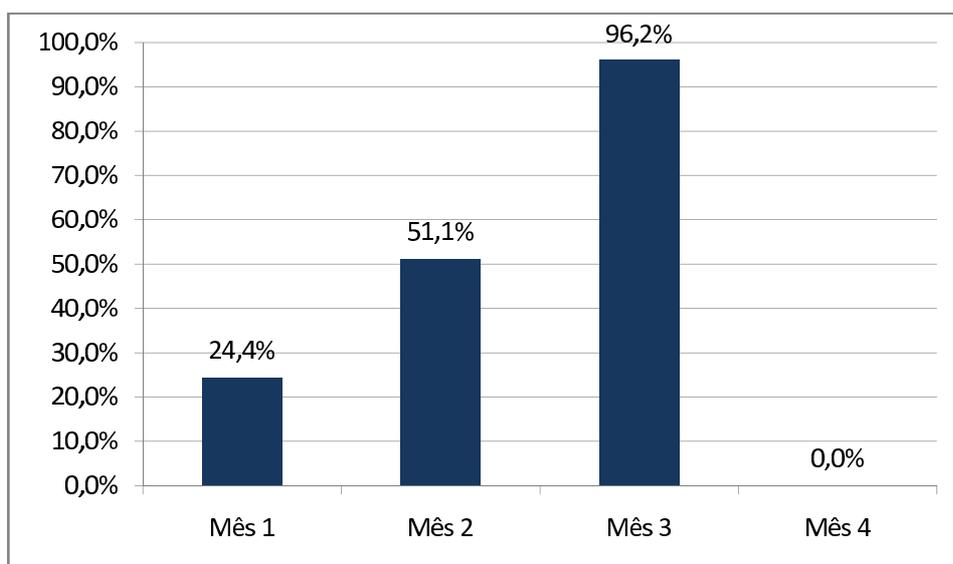


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com Diabetes Mellitus no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Indicador 3 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Em relação ao objetivo, melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários

com HAS. Ao final da intervenção realizaram-se exame clínico nos 346 usuários com HAS, sendo 128(100%) no primeiro mês, 237(100%) no segundo, 346(100%) no terceiro mês.

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

Indicador 4 :Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Nesta meta se realizaram 100% de exames clínicos aos usuários com DM atendidos, atingindo 100% da meta durante os três meses, sendo 32(100%) no primeiro mês, 67(100%) no segundo, e 126(100%) no terceiro mês. As ações desenvolvidas diretamente com a secretaria de saúde e a realização de exames na unidade permitiram a cobertura total dos exames clínicos dos usuários com HAS e DM.

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

Indicador 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

De acordo com a Figura 3, ao final da intervenção no indicador de qualidade da realização dos exames complementares não conseguimos cumprir com a meta de 100% dos usuários com exames complementares em dia devido a problemas com o laboratório municipal e a dificuldade de os usuários se deslocarem até Teresina-PI para fazer os mesmos. No primeiro mês dos 128 hipertensos cadastrados, apenas 113 (88,3%) estavam com os exames em dia. Já no segundo mês apenas 204 (86,1%) dos 237 cadastrados estavam com exames complementares em dia. No final da intervenção, dos 346 hipertensos cadastrados apenas 306 (88,4%) dos hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

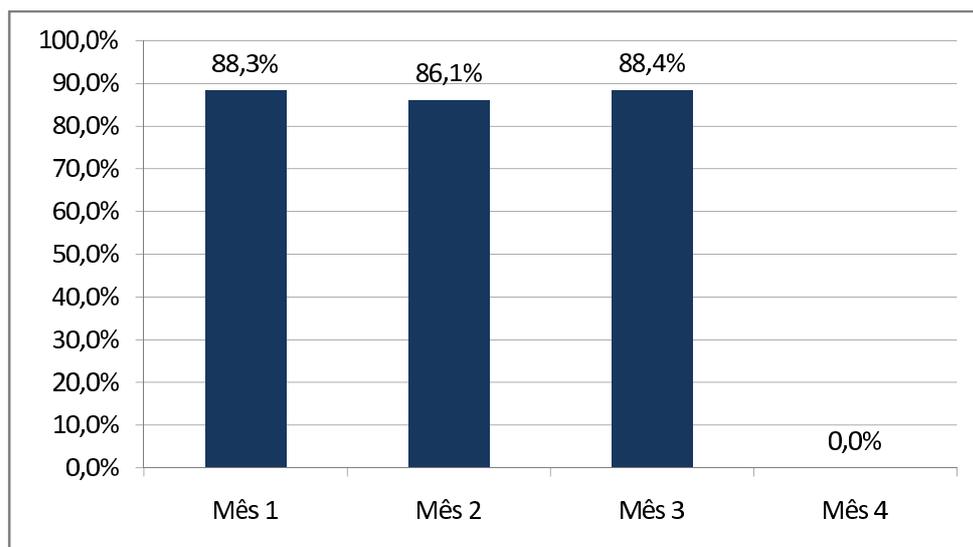


Figura 3 Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

De acordo com a figura 4, vemos que no primeiro mês dos 32 diabéticos cadastrados, 26 (81,3%) estavam com os exames complementares em dia. Já no segundo mês tínhamos 52 (77,6%) dos 76 diabéticos cadastrados que estavam com exames complementares em dia e no final da intervenção, dos 126 diabéticos cadastrados, 108 (85,7%) estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Este resultado foi devido à falta de reagente para exames de sangue no laboratório municipal, e a longa distância que existe entre nosso município e o laboratório mais perto (Teresina), tendo em consideração que a maior parte de nossa população alvo é idosa e de baixos recursos econômicos.

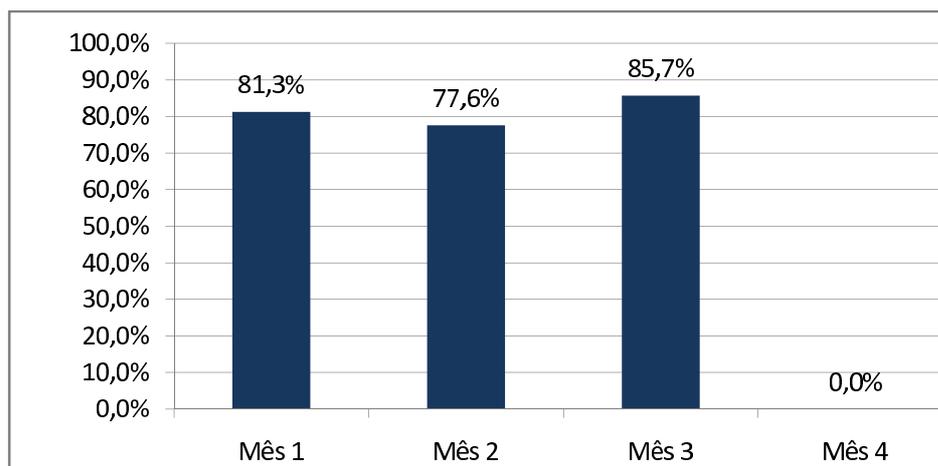


Figura 4- Gráfico oProporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo Diabetes Mellitus no PSF Maria Regina Sousa ,Beneditinos, Piauí

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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/Hiperdia priorizada.

De acordo com a figura 5, analisando a proporção de usuárioshipertensoscadastrados com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia, no primeiro mês tínhamos 117 (91,4%) dos 128 hipertensos cadastrados, no segundo mês foram 219(92,4%) e finalizamos a intervenção no terceiro mês com 328 (94,8%) dos 346 hipertensos cadastrados com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia. O protocolo ajudou para que a equipe buscasse prescrever os medicamentos disponíveis na rede e que buscássemos programar a cada prescrição e atendimento a conscientização dos usuários da necessidade do uso da medicação conforme prescrito. No início da intervenção, a maioria dos usuários não consumiam os medicamentos oferecidos pela farmácia Popular. Situação que foi mudando com o andamento da intervenção. Tivemos dificuldade de mantermos que todos os hipertensos cadastrados estivessem com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular devido a que vários dos usuários estão tomando nifedipino, anlodipino e outras combinações medicamentosas indicadas anteriormente que não estão dentro da lista dos medicamentos que oferece a

farmácia popular, nestes momentos os usuários estão com bom controle de suas cifras de pressão arterial, portanto decidimos não fazer mudanças por enquanto.

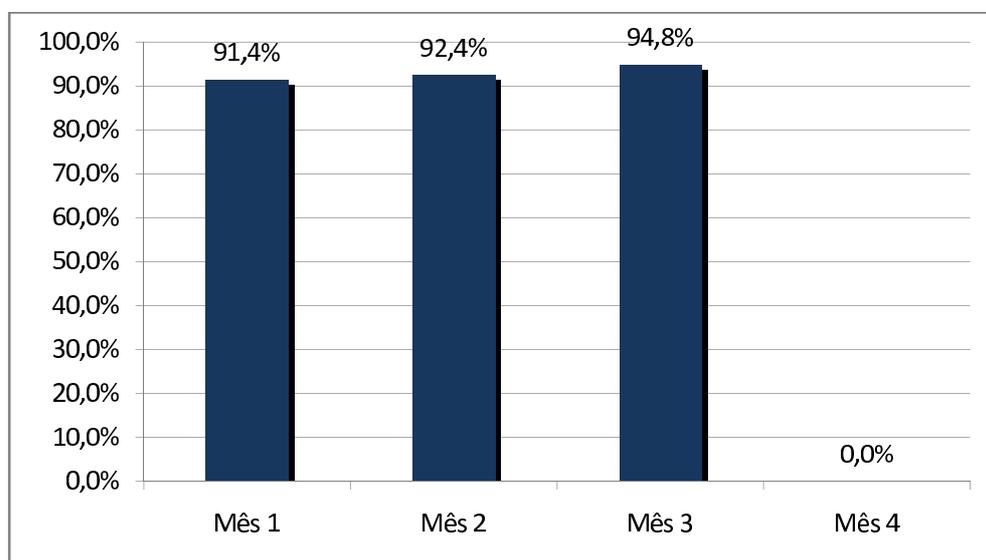


Figura 5- Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia priorizada no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

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/Hiperdia priorizada.

Para os usuários DM também não conseguimos atingir meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. De acordo com figura 6, no primeiro mês dos 32 diabéticos cadastrados 28 (87,5%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. No segundo mês foram 57 (85,1%) e finalizamos a intervenção no terceiro mês com 116 (92,1%) dos 126 diabéticos cadastrados com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia.

Tivemos dificuldade de mantermos que todos os diabéticos cadastrados estivessem com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular devido a que vários usuários têm plano de saúde e fazem acompanhamento com seu médico há vários anos e estão tomando sua medicação desde então, agora

estão com bom controle metabólico é não é recomendável fazer mudanças que podem provocar poucos benefício para o usuário.

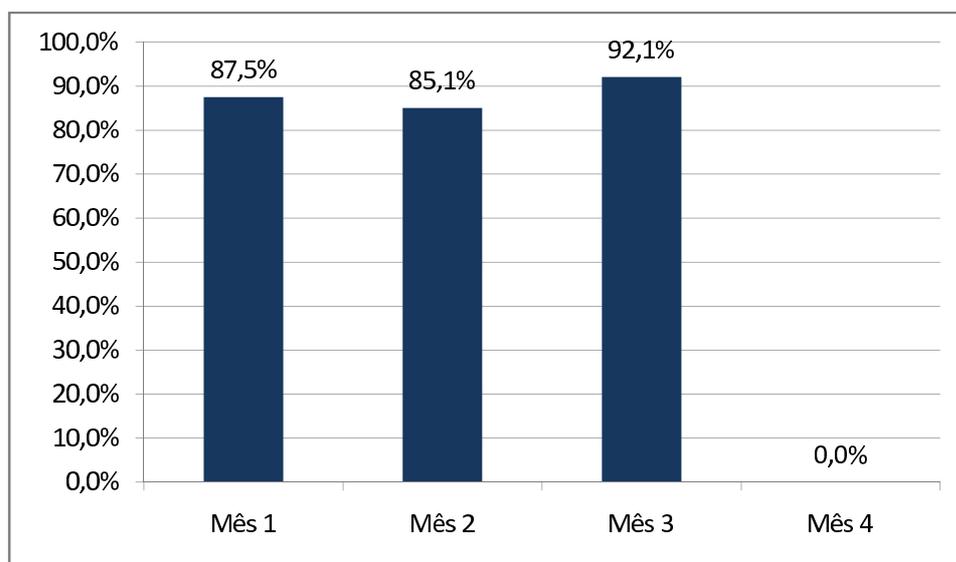


Figura 6-Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no PSF Maria Regina Sousa, Beneditinos, Piauí

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

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.

Em todos os três meses da intervenção, conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados onde ao final da intervenção, os 346 usuários com HAS foram avaliados, sendo: 128(100%) no primeiro mês, 237(100%) no segundo, 346(100%) no terceiro mês. A integração multiprofissional entre a equipe permitiu a avaliação odontológica total dos usuários da unidade. Com a organização da agenda e articulação entre todos os profissionais, o usuário era cadastrado e atendido pelo médico e/ou enfermeiro e então encaminhado para o atendimento odontológico. O que mais facilitou neste

indicador foi a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontólogo.

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

Em relação aos DM atendidos conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos durante os três meses da intervenção. No primeiro mês os 32(100%) diabéticos cadastrados foram avaliados. No segundo mês os 67 cadastrados e finalizamos no terceiro mês todos os 126 diabéticos cadastrados avaliados pela equipe e atendidos pelo dentista da unidade. A integração multiprofissional entre a equipe permitiu a avaliação odontológica total dos usuários da unidade, o dentista após o diagnóstico e cadastro, recebe a ficha do usuário para avaliação. O que mais facilitou neste indicador foi a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontólogo.

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

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

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

Analisando o Indicador 11..Proporções de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, vimos que alcançamos 100% das buscas ativa. Faltaram 2 hipertensos durante a intervenção, sendo 1 no primeiro mês, e 2 no segundo mês. Estes faltosos foram recuperados para retornar a consulta através da busca ativas. Isto foi devido à integração da equipe para a busca aos faltosos. Devemos também ressaltar a melhoria da frequência das consultas agendadas com o decorrer da conscientização dos usuários quanto à presença nas consultas e onde

colocamos a importância da consulta e avaliação e periodicidade da consulta de acordo com a necessidade do usuário.

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

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

Analisando o Indicador 12, salientamos que não houve diabéticos faltosos às consultas médicas.

Neste caso não tivemos usuários diabéticos faltosos a consulta programada, este logro foi devido ao bom trabalho desempenhado pelos agentes comunitários de saúde juntos a lideranças comunitárias e a equipe.

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.

Durante os três meses da intervenção, conseguimos manter o livro de registros, a ficha de acompanhamento e o cartão dos usuários hipertensos com os cadastrados atualizados a cada consulta ou acompanhamento. No final da intervenção os 346 usuários com HAS tiveram registro adequado, onde foram 128(100%) no primeiro mês, 237(100%) no segundo, e 346(100%) no terceiro mês, finalizando assim com a cobertura da meta proposta.

O êxito nessa tarefa se deve principalmente às reuniões e oficinas que ocorriam com a equipe, ensinando o correto preenchimento da ficha e a forma de abordagem do usuário, além do empenho de todos que participaram diretamente das ações.

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.

Em relação aos usuários com DM, conseguimos atingir a meta nos três meses da intervenção onde todos os diabéticos cadastrados estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Relativas ao objetivo:5

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

Indicador: 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Durante os três meses da intervenção conseguiram realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. No final da intervenção os 346 usuários com HAS tiveram realizado a avaliação do risco cardiovascular. No primeiro mês foram 128(100%) avaliados, 237(100%) no segundo mês e finalizamos a intervenção no terceiro mês com 346(100%) hipertensos com a estratificação do risco cardiovascular realizada.

Ainda que alguns usuários acompanhados não estivessem com os exames complementares em dia, conseguimos, através do exame clínico apropriado e o resultado do eletrocardiograma realizar estratificação de risco e avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia uma vez que conforme citado no **Indicador 3**, como objetivo de melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS conseguimos realizar o exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Nesta ação, os usuários eram avaliados quanto ao risco de doença cardiovascular na primeira consulta e quando os exames eram entregues, utilizou-se o score de Framingham para pontuar o risco cardiovascular, esse resultado era anexado na ficha de acompanhamento do usuário, além de permitir a tomada de ações com maior eficácia.

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

Indicador: 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Durante os três meses das intervenções, conseguimos realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No final da intervenção os 126 usuários com Diabetes Mellitus tiveram realizado a avaliação do risco cardiovascular. No primeiro mês foram 32(100%) usuários diabéticos avaliados, 67(100%) no segundo e 126(100%) no terceiro mês.

Nesta ação, os usuários eram avaliados quanto ao risco de doença cardiovascular na primeira consulta e quando os exames eram entregues, utilizou-se o escore de Framingham para pontuar o risco cardiovascular, esse resultado era anexado na ficha de acompanhamento do usuário, além de permitir a tomada de ações com maior eficácia. Avaliamos os pés dos 100% dos usuários diabéticos para diagnosticar lesões próprias desta doença, o Pé diabético. Ainda que alguns usuários acompanhados não estivessem com os exames complementares em dia, conseguimos, através do exame clínico apropriado e o resultado do eletrocardiograma realizar estratificação de risco e avaliação de comprometimento de órgãos alvo, uma vez que conforme citado no Indicador 4, como objetivo de melhorar a qualidade da atenção dos usuários com diabetes conseguimos realizar o exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Relativas ao objetivo:6

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

Indicador: 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Ao término da intervenção, os 346 usuários com HAS tiveram esta orientação: 128(100%) no primeiro mês, 237(100%) no segundo, 346(100%) no terceiro mês. O tratamento não farmacológico teve evidência durante toda a intervenção, em cada consulta eram realizadas orientações por mim e pela enfermeira quanto à alimentação saudável, além do auxílio direto da equipe do NASF, com nutricionistas, educadores físicos, durante os encontros com o grupo de HAS e DM, permitindo uma melhor orientação aos usuários.

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

Indicador: 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos DM atendidos 32(100%) tiveram orientação no primeiro mês, 67(100%) no segundo, 126 (100%) no terceiro mês. O tratamento não farmacológico teve evidência durante toda a intervenção, em cada consulta eram realizadas orientações por mim e pela enfermeira quanto à alimentação saudável, além do auxílio direto da equipe do NASF, com nutricionistas, educadores físicos, durante os encontros com o grupo de HAS e DM, permitindo uma melhor orientação aos usuários.

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

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

Ainda em relação à promoção da saúde destes usuários, a meta era garantir orientação sobre prática regular de atividade física para 100% dos usuários. Sendo assim, 128(100%) usuários tiveram esta orientação no primeiro mês, 237(100%) no segundo, 346(100%) no terceiro mês. Para o alcance deste objetivo o NASF também teve uma importância relevante, com informações do educador físico e dos outros profissionais da equipe durante as reuniões do grupo, além de informações do médico e enfermeiro da equipe durante as consultas realizadas.

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

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

Para os usuários DM 32(100%) foram orientados no primeiro mês, 67(100%) no segundo, 126(100%) no terceiro mês. Para o alcance deste objetivo o NASF também teve uma importância relevante, com informações do educador físico e dos outros profissionais da equipe durante as reuniões do grupo, além de informações do médico e enfermeiro da equipe durante as consultas realizadas.

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

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

Para melhorar a qualidade de vida dos usuários, um dos objetivos era garantir orientação sobre os riscos do tabagismo para 100% dos usuários. No primeiro mês de intervenção 128 (100%) usuários foram orientados, 236 (100%) no segundo, 346 (100%) no terceiro mês. Durante as consultas, o risco do uso do cigarro era evidenciado para os usuários, além de ser um tema recorrente durante as rodas de conversa do grupo. Os profissionais do NASF, como educador físico, fisioterapeuta e nutricionista sempre que estavam presente faziam suas considerações sobre o tema, além do dentista da equipe promover educação em saúde, sendo este tema também recorrente.

Meta: 22 Garantir orientaçõesobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

Os usuários DM também tiveram este tipo de orientação, onde, 32 (100%) foram orientados no primeiro mês, 73 (100%) no segundo, 132 (100%) no terceiro mês. Durante as consultas, o risco do uso do cigarro era evidenciado para os usuários, além de ser um tema recorrente durante as rodas de conversa do grupo. Os profissionais do NASF, como educador físico, fisioterapeuta e nutricionista sempre que estavam presente faziam suas considerações sobre o tema, além do dentista da equipe promover educação em saúde, sendo este tema também recorrente.

Para promover a saúde destes usuários, uma das metas era garantir orientação sobre saúde bucal para 100% dos usuários. No primeiro mês de intervenção 128(100%) usuários foram orientados, 237(100%) no segundo,

346(100%) no terceiro mês. Como supracitado, os usuários eram avaliados pelo médico e enfermeira e posteriormente encaminhados, para serem avaliados e atendidos de acordo com sua necessidade, evidenciando orientações sobre a melhora da qualidade oral do usuário.

Meta: 24 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: 24. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Os usuários DM também tiveram este tipo de orientação, onde, 32(100%) foram orientados sobre higiene bucal. No primeiro mês, 67(100%) no segundo e 126(100%) no terceiro mês. Foi muito importante o bom relacionamento entre todos os integrantes da equipe. Os usuários eram avaliados pelo médico e enfermeira e posteriormente encaminhados, para serem avaliados e atendidos de acordo com sua necessidade, evidenciando orientações sobre a melhora da qualidade oral do usuário.

4.2 Discussão

Com este projeto de intervenção nossa equipe ficou muito mais confiante e fortalecida. Conseguimos conhecer verdadeiramente o número de hipertensos e diabéticos que tínhamos em nossa área de abrangência, além disso, conseguimos ter dados concretos do número de usuários que tem alguma complicação da sua patologia crônica. Conseguimos um alto nível de organização nas tarefas programadas. Conseguimos mostrar que juntos podemos traçar novas metas e ações nas outras ações programáticas típicas da APS e conseguir melhor atenção a nossa população. Um dos maiores desafios para os profissionais da Atenção Básica é manterem-se adequadamente atualizados, considerando a quantidade cada vez maior de informações disponíveis, e consequentes mudanças na rotina do atendimento. Nesse sentido, as capacitações seguindo as recomendações do Ministério da Saúde foram fundamentais para o nosso conhecimento.

Para o nosso serviço, a intervenção apresentou resultados com saldos positivos, o primeiro deles foi o grupo de hipertensos e diabéticos, a melhor forma de divulgação das doenças e os problemas acarretados pelas mesmas, propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para classificação de riscos de ambos os grupos. Foi uma grata surpresa. As reuniões que acontecem semanalmente permitiam um convívio próximo aos usuários e avaliação direta da qualidade de vida permitindo avaliar, além do consultório, as necessidades específicas que cada usuário requeria. A avaliação dos usuários em cada consulta se tornou mais detalhada. Exames complementares que antes não faziam parte da lista de exames solicitados foram acrescentados. As técnicas da sala de coleta passaram a realizar uma atividade bastante proveitosa, a separação de exames que os usuários não buscavam em tempo hábil. As técnicas faziam uma lista com os nomes dos usuários que haviam feito os exames e havia sido entregue os resultados e repassavam para os ACS para permitirem uma rápida entrega e consequente avaliação durante a consulta com o médico ou com a enfermeira. Conseguimos programar mudança na rotina dos profissionais envolvidos na intervenção, desde os que trabalham na marcação de consulta até os que realizam assistência direta, baseado em protocolos e publicações do Ministério da Saúde.

O serviço passou a ser mais organizado. O conhecimento de toda a equipe permitiu um adequado atendimento aos usuários com HAS e DM. Todos os usuários passaram a ter a ficha de acompanhamento preenchida da forma correta, com os dados necessários para a avaliação dos profissionais, a realização da estratificação de risco pelo médico e pela enfermeira permitiu a tomada de decisão em tempo hábil em alguns casos com o auxílio direto do NASF.

Esta intervenção foi muito importante para a comunidade. Durante toda a intervenção, o maior beneficiário das mudanças que ocorreram foi à comunidade. Pontos específicos podem ser citados como a melhoria na qualidade do atendimento desde a marcação da consulta; o preenchimento correto da ficha de cadastro e acompanhamento; a “divulgação em massa” sobre hipertensão e diabetes, através do uso de meio de comunicação e distribuição de panfletos e a o grupo de hipertensos e diabéticos, que permitiu o conhecimento maior sobre as doenças, informação sobre tratamento correto e a inserção do NASF de forma totalmente

atuante na comunidade. Conseguimos levar o atendimento até lugares perto das comunidades para lograr uma maior assistência dos usuários de maior idade junto com seus familiares.

Em alguns casos precisamos melhorar o relacionamento de todos os integrantes de nossa equipe com as lideranças comunitárias. Fato que foi muito complexo visto que temos comunidades que desconhecem seus líderes comunitários. Acreditamos que precisamos melhor identificá-los para envolvê-los nas atividades programadas pela equipe.

O serviço conseguiu absorver rapidamente todas as mudanças propostas durante a intervenção. Algumas demoraram um pouco mais para serem integradas, como os exames repassados pelas técnicas aos ACS para que não acumulassem na sala de coleta, embora com o passar do tempo, os profissionais puderam observar na prática o efeito positivo da ação.

Em reunião com toda a equipe e com o coordenador da unidade, decidimos expandir as ações para outras ações programáticas típicas da APS como, por exemplo, a puericultura e o pré-natal, que terão uma atenção maior após essas mudanças vistas com a intervenção. As consultas serão agendadas com um espaço de tempo adequado. Será inserido a ideia dos grupos e o constante auxílio do NASF.

O nosso projeto de intervenção tem servido de incentivo para outras equipes. A equipe V da zona urbana está procurando garantir os recursos materiais para fazer uma extensão do nosso projeto na sua área de abrangência, reconhecendo a importância do planejamento e o controle como elementos básicos para obter um melhor atendimento a nossa população.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor

O presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que foi realizada na UBS Maria Regina Sousa. O objetivo principal da intervenção foi Qualificação da atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da população vinculada à equipe.

A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

Foram avaliados neste processo de intervenção os adultos maiores de dezoito anos num período de 1º de fevereiro aos 23 de abril no ano 2015, constituindo-se assim em 12 semanas de intervenção.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da Unidade de Saúde da Família tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita a UBS. Após essa análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado nos Cadernos de Atenção Básica de Doenças Crônicas não Transmissíveis – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013 para a capacitação de todos os membros da equipe.

Após essa análise decidimos ampliar a cobertura de Hipertensos e/ou Diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade de Saúde, melhorar o registro das informações, mapear os hipertensos

e diabéticos para doença cardiovascular e promover a saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa.

A população vinculada à equipe é de 2740 habitantes residentes na área de abrangência da UBS.

De acordo com a população vinculada à equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS estimava-se que na área teríamos a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 376 e a estimativa de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área era de 93.

De acordo com o CAP, a estimativa para a população com 20 anos ou mais era de 1654.

Ao início do trabalho da equipe tínhamos o conhecimento de que na área de abrangência havia um 72% dos hipertensos e um 92 % de diabéticos cadastrados.

Com a intervenção pudemos alcançar uma maior cobertura, além de incluir também cuidados aos familiares das pessoas acompanhadas.

Foi alcançado de forma paulatina o aumento da cobertura no primeiro mês foram avaliados 128 hipertensos para 35,9%, no segundo mês 237 hipertensos para 66,4% e no terceiro mês de intervenção com 346 hipertensos avaliados logrando-se um aumento no índice de cobertura de 96,9% cadastrados, dos em total na área.

Na avaliação das metas do Objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos do PSF não conseguimos cumprir todas as metas de forma a garantir em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram adequadamente a o exame clínico apropriado e que isto também ocorreu no que tange à realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, só o 88,4% dos hipertensos tem exames complementares em dia de acordo com o protocolo e 85,7 % dos usuários diabéticos, devido ao não funcionamento do laboratório clínico municipal. Também priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 94,8% dos hipertensos e 92,1% dos diabéticos cadastrados no posto de saúde.

Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos

Atendendo a objetivo de melhora a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa conseguimos realizar a busca ativa de todos os usuários que faltaram as consultas agendadas.

Também alcançamos o objetivo de melhorar o registro das informações. Com muito esforço da equipe e felizmente as Fichas Espelhos foram disponibilizadas pela Gestão conseguimos ter registrado adequadamente dados de cadastramento, acompanhamento e monitoramento dos usuários cadastrados neste período.

Com o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, durante todo o processo de intervenção em nosso PSF foram anexadas as folhas de rosto nos prontuários individuais de cada pessoa maiores de 18 anos preenchendo nas mesmas os antecedentes patológicos pessoais com avaliação nutricional e avaliação de risco segundo o caso.

Realizamos varias ações de promoção em saúde com atividades de educação em saúde não só no PSF como também na comunidade.

Salientamos que durante, principalmente os atendimentos clínicos, os usuários cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Resumidamente colocamos que para o cumprimento da intervenção foram cumpridas diferentes ações como o cadastro e monitoramentodos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, foram confeccionados o registro dos hipertensos e diabéticos do PSF, foi melhorado o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, foram cumpridas atividades para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientado sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Cumprimos com a capacitação de todos os membros da equipe para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda à área de abrangência de unidade de saúde, capacitamos também a equipepara a correta realização do

hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Como fatores limitantes para realizar o correto desenvolvimento do trabalho proposto, segundo o cronograma aprovado pela equipe para a realização do trabalho de intervenção, foraa falta do funcionamento do laboratório municipal. Se forem melhorados alguns aspectos, nosso serviço poderia ganhar em qualificação ainda mais, por exemplo, criar alguma estratégia para o deslocamento dos usuários deste município até o laboratório mais próximo.

Oferecemos agradecimento total aos membros da equipe que atuaram de forma dinâmica na realização deste trabalho, assim como aos membros do NASF que cooperaram na inclusão de nossa população nas diferentes atividades realizadas por eles.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezado Presidente do Conselho de Saúde Municipal.

Senhor: Ezequias Santos.

Este documento apresenta à comunidade os resultados da intervenção realizada pela equipe II da Unidade Básica de Saúde Maria Regina Sousa, guiada pela doutora Yudelkis Osorio Tornes como parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas, UNASUS-UFPEL.

Com o objetivo de Qualificação da atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Maria Regina Sousa, Beneditinos/PI.

Conseguimos aumentar a cobertura de atendimento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde. Esta intervenção foi realizada durante três meses, de 1º de fevereiro até 23 de abril, onde 346 hipertensos e 126 diabéticos diagnosticados e residentes na área em que a equipe atua foram cadastrados e acompanhados com uma melhoria da qualidade do atendimento e assistência prestados.

A contribuição direta da gestão foi decisiva para atingir as metas, porém com um contato maior dos profissionais com as lideranças comunitárias é cumprindo as ações programadas, temos uma grande chance de atingir metas maiores.

Em relação ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS e diabetes e conseguimos cumprir a meta. As ações desenvolvidas diretamente com a secretaria de saúde e a realização de exames na unidade permitiram a cobertura total dos exames clínicos dos usuários com HAS e DM.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e/ou DM a meta era garantir a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final da intervenção realizaram-se exames complementares em 306(88,4%) usuários com HAS e em 108(85,7%) usuários com DM. A realização total dos exames complementares não foi possível devido ao laboratório da cidade não estar prestando serviço na atualidade e à longa distância entre o município e o laboratório, mais próximo que é em Teresina. Além disso, a idade avançada de alguns dos usuários impede o deslocamento por meios próprios, acompanhado da situação econômica desfavorável que tem nossos usuários.

Todas as pessoas com HAS e DM que passaram por consultas com o médico e enfermeira da equipe, tiveram exames solicitados, medicação prescrita, orientações sobre alimentação, cuidados pessoais, prática de exercícios físicos, com a equipe e apoio do NASF, como fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga.

Essa avaliação permitiu conhecer um número maior de usuários com estas patologias. Iniciar o tratamento, orientações e cuidados específicos, além de ajudar a iniciar discussões que auxiliam na atenção de outras doenças e programas que o Ministério da Saúde oferta. Para a comunidade, o principal ganho foi à organização do serviço que os atende, passando a ter maior controle dos usuários em tratamento, quais medicações estão sendo usadas, além da inserção dos profissionais do NASF.

O grupo de hipertensos e diabéticos foi um dos grandes ganhos da intervenção. Nas atividades realizadas tivemos a presença de uma parte importante dos usuários. A participação constante e avaliação positiva dos mesmos permitiram a continuidade dos grupos, e a criação de outros grupos, como os de gestantes.

Pelo saldo positivo e pela melhora perceptível no serviço, ações que foram listadas pela intervenção serão incorporadas ao serviço. Todos os usuários continuarão com a marcação de consulta agendada, a retorno logo após a consulta avaliada de acordo com a necessidade, e todas as outras mudanças inseridas, que trouxeram benefício para os usuários.

A organização e continuidade da qualidade do serviço também são de responsabilidade da comunidade, portanto, precisamos buscar compreender a situação em que o serviço se encontra buscar atualizar cartões de acompanhamento, buscar

realizar exames prescritos e conseqüentemente levar para a equipe os resultados dos mesmos. Temos que agradecer às famílias dos usuárioshipertensos e diabéticos que tem alguma limitação física ou motora pelo seu apoio que foi decisivo na realização de nosso projeto. Precisamos um maior apoio por parte das lideranças comunitárias para melhorar ainda mais a atenção primaria de saúde para a nossa população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso a maior expectativa era conseguir vencer a barreira idiomática e cultural para me relacionar com os usuários e melhorar a qualidade de vida da população. Outra expectativa era unir todos os integrantes da equipe para conseguir nosso projeto tendo em conta que havia que modificar o sistema de trabalho desenvolvido pelos profissionais da equipe e planejar as atividades segundo o cronograma, assim como receber o apoio da secretaria de saúde com os recursos materiais do qual precisávamos para o desenvolvimento do mesmo.

A maior experiência foi demonstrar que a qualidade da atenção que se oferece à população depende muito do acolhimento ao usuário e do planejamento das ações. Neste período de estudo durante o curso de especialização tivemos que nos esforçar ao máximo para lograr fluidez em nossos textos. Foi uma experiência única. Eu acho que se não fosse pelas exigências do curso para a melhoria cotidiana de nosso desempenho, talvez não tivéssemos os resultados obtidos até hoje. Além disso, conseguimos interagir melhor com nossa comunidade e conhecer os principais fatores de riscos que atuam negativamente sobre os usuários que pertencem à área de abrangência da equipe. Conseguimos estabelecer semelhanças e diferenças com o sistema de saúde cubano e de outros países onde já tivemos a possibilidade de trabalhar com o objetivo de lograr qualidade no atendimento aos usuários.

O curso de especialização foi uma nova experiência desde o ponto de vista Profissional porque tive a oportunidade de conhecer outra metodologia para a realização do projeto de intervenção, além de revisar os protocolos de atenção básica brasileira tanto de Hipertensão Arterial quanto de Diabetes e isto foi muito importante para brindar uma atenção básica de excelência. Transmitir meus conhecimentos e experiências aos colegas da equipe assim como me enriquecer com as suas experiências foi uma experiência muito enriquecedora. Aprendi formas

para ter um bom entendimento com os usuários sempre respeitando sua cultura, tentando modificar hábitos e estilos de vida, fato muito importante para obter uma Atenção Básica de Saúde de qualidade.

Com a realização do Projeto de Intervenção em nossa área de abrangência, descobrimos em primeiro lugar a capacidade e responsabilidade que tem todos os integrantes da equipe para brindar uma melhor atenção à população. Temos como objetivo principal cadastrar e acompanhar 100 % dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, nos próximos meses. Além disso, conseguimos ter domínio dos protocolos de atuação de ambas as doenças que são muito comuns na nossa comunidade e que se não for tratada adequadamente provoca complicações que podem levar à morte num breve período de tempo.

É de vital importância o relacionamento das Equipes de Saúde com os Gestores Municipais, pois dependemos de recursos que são disponibilizados pelos gestores, que podem ajudar na realização de nosso trabalho em dependência da atitude tomada pela gestão, também foi alentador o fato da equipe superar todas as limitações e continuar com a busca ativa de casos novos tanto de hipertensos quanto diabéticos. Ficamos motivados para aplicar nossa experiência na atenção ao pré-natal e puericultura. .

Referências

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

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

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

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

GOULART, Flavio et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde**. Organização Pan-americana de Saúde. Brasília 2011 Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf Acessado em: dezembro de 2014.

Anexos

Anexo B-Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Dadosda UBS

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)						<p>Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SIF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.</p>
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)						<p>Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SIF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.</p>

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada					<p>Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.</p>

*Estimativa no território		
População total		<p>Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.</p>
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)	0	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0	<p>Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar-lo na célula C5.</p>
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0	<p>Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar-lo na célula C5.</p>

Anexo D- Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Yudelkis Osorio Tornes, medico, número do conselho 2200065 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.

Apêndices

Apêndice A -



Figura 7 Fotografia da Visita Domiciliar realizada a usuária fatosa à consulta clinica realizada em 24/02/2015.

Apêndice B-



Figura 8 Fotografia da Palestra realizada na UBS ao Grupo de diabéticos e hipertensos realizada em 13/03/2015.



Figura 9 Fotografia da Reunião da equipe realizada em 08/04/2015.