

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção ao Usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS/ESF Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos/RS**

Ivan Donchev Martinez

Pelotas, 2015

Ivan Donchev Martinez

**Melhoria da Atenção ao Usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Monte Alegre, Monte Alegre dos
Campos/RS**

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

Orientadora: Analu Sparrenberger Manea

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M385m Martinez, Ivan Donchev

Melhoria da Atenção ao Usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos/RS / Ivan Donchev Martinez; Analu Sparrenberger Manéa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Manéa, Analu Sparrenberger, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Resumo

MARTINEZ, Ivan Donchev. **Melhoria da Atenção ao usuário com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos/RS.** 2015. 79f. 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 Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública, onde a maioria dos casos pode ser tratada na rede básica. Para qualificar a atenção dos usuários com HAS e DM é preciso uma abordagem integral e específica à assistência deles, baseado no atendimento das necessidades reais. O objetivo do presente trabalho é aumentar a cobertura e qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da USF Monte Alegre, do município Monte Alegre dos Campos/RS. A intervenção foi desenvolvida no período de 12 semanas e baseou-se na execução de ações dentro de quatro eixos temáticos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Durante o período foram acompanhados 218 usuários com HAS e 84 usuários com DM, na faixa etária de 20 anos ou mais, atingindo a cobertura de 30,5% e 41,2% respectivamente. Dentre as ações que atingiram um percentual de 100% de qualidade destacam-se: o registro adequado na ficha de acompanhamento e as orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. A reorganização da atenção promoveu o trabalho de forma mais integrada entre médica, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Com a intervenção conseguiu-se uma participação mais ativa da população e os primeiros passos para as mudanças nos hábitos da população e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida destes usuários.

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

Lista de Figuras

Figura 1 -	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso	40
Figura 2 -	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético	41
Figura 3 -	Gráfico de Proporção de hipertensos com exame clínico em dia	42
Figura 4 -	Gráfico de Proporção de diabéticos com exame clínico em dia	43
Figura 5 -	Gráfico de Proporção de hipertensos com exame complementares em dia	44
Figura 6 -	Gráfico de Proporção de diabéticos com exame complementares em dia	45
Figura 7 -	Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	46
Figura 8 -	Gráfico de Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	47
Figura 9 -	Gráfico de Proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa	48
Figura10 -	Gráfico de Proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa	49
Figura11 -	Gráfico de Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	50
Figura12 -	Gráfico de Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	51

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ação Programática
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAAB	Núcleo de Apoio a Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	7
1 Análise Situacional	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	8
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	28
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas	28
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística	44
2.3.4 Cronograma.....	49
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção.....	56
4.1 Resultados.....	56
4.2 Discussão	65
5 Relatório da intervenção para gestores	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	71
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	73
Referências	74
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	75

Apresentação

O presente volume refere-se ao trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, sendo constituído por uma intervenção com objetivo de qualificar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, na UBS Monte Alegre, no município de Monte Alegre dos Campos – RS.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, sequenciais e interligadas. A Análise Situacional será apresentada na primeira parte, com a descrição do município no qual a ESF está localizada, as características da unidade e da rede de atenção à saúde do município.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um Projeto de Intervenção, com a descrição da justificativa, objetivos, metodologia, logística e cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, com a descrição dos facilitadores e das dificuldades encontradas para concretização das atividades propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da intervenção, bem como a discussão.

No quinto e sexto capítulos, estão os relatórios para o gestor e comunidade, respectivamente. Na sétima seção encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Saúde da Família (SF), criada em 1994, consolidou-se como a estratégia de organização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade.

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) está em Rio Grande do Sul no município Monte Alegre dos Campos levando o mesmo nome do município e é uma UBS tipo ESF vinculada a o SUS mediante a prefeitura do município. A mesma foi construída faz quinze anos e não são desenvolvidas atividades de ensino, tem dois turnos de atendimentos e não trabalha os fins de semana, tem uma população de 3500 habitantes todos cadastrados e atualizado deste ano. Não tem área de abrangência definida porque atende toda a população e não existe mapa e se caracteriza por ser Unidade Básica de Saúde tradicional com equipe de saúde da família.

Existe só uma equipe de saúde composto por:

- 1 medico clinico geral;
- 1 cirurgião dentista;
- 1 enfermeiro;
- 1 auxiliar em saúde bucal;
- 3 técnicos de enfermagem;
- 6 agentes comunitários de saúde.

Além dos componentes da equipe mínima de saúde da família possui outros profissionais em atividade nesta UBS:

- 1 assistente social;
- 2 auxiliares administrativos;

- 1 auxiliar de farmácia;
- 1 auxiliar de serviços de limpeza;
- 1 fisioterapeuta;
- 4 motoristas;
- 2 psicólogos;
- 1 nutricionista;

Não possui especialistas pelo que os usuários são encaminhados e trasladados quando requerem de consulta especializada. Dentro da equipe já mencionada estão:

- 2 psicólogos;
- 1 assistente social;
- 1 fisioterapeuta;

Que formam parte do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e trabalham em áreas estratégicas como:

- Práticas integrativas e complementares;
- Reabilitação/saúde integral da pessoa idosa;
- Saúde mental;
- Serviço Social;

Um apoio muito importante para a UBS pelo trabalho que realizam dentro da própria comunidade e dentro de cada casa conhecendo as necessidades de cada pessoa.

De acordo com as condições da UBS esta tem:

- 1 ambiente específico para recepção /arquivo de prontuários;
- 1 e uma sala de espera pequena com capacidade para vinte pessoas que faz com que o acesso pela sala seja muito dificultoso e as pessoas ficam muito perto uma de outra;.
- 1 sala de reuniões;
- 1 consultório com sanitário;
- 2 consultórios sem sanitário;
- 1 sala de vacina;
- 1 sala de curativos e procedimentos;
- 1 sala de nebulização;
- 1 sala para Farmácia e/ou armazenamento de medicamentos;
- 1 equipo odontológico;

- 1 sanitário para funcionários;

- 1 copa/cozinha;

Não tem sala de:

- ecovódromo;

- sala para os agentes comunitários de saúde;

-depósitos para material e limpeza estes são guardados nos banheiros em pequenos closets que dificultam a movimentação no banheiro;

- recepção, lavagem e descontaminação do material e sala de esterilização e estocagem de material, na realidade o posto tem uma adaptação, as duas ficam no mesmo local, com uma parede de divisão possibilitando fazer as duas coisas em locais separados;

- abrigo para expurgo, estes resíduos sólidos são recolhidos de forma separa e armazenados em barris fechados e colocados numa área da garagem esperando a ser recolhido por uma empresa privada uma vez por semana;

- depósitos para o lixo não contaminado na frente da UBS ficam umas caixas que estão colocadas em alto com ventilação onde é colocado o lixo em sacolas bem fechadas esperando ser recolhido uma vez por semana pela prefeitura como ocorre com o resto da cidade;

Os ambientes com janela ou ventilação indireta são administração e gerencia, almoxarifado, consultórios, cozinha, espera recepção, farmácia, nebulização e vacina o resto das salas não tem;

Tem iluminação natural a sala de administração e gerencia cozinha, espera, farmácia, consultórios, farmácia recepção, esterilização e nebulização.

Todas as paredes internas são de superfícies lisas e laváveis assim como os pisos são de superfícies lisas e laváveis e tem superfície regular, firme, estável e antiderrapante. A UBS tem telhado com laje, às portas são revestidas de material lavável e os puxadores das portas são de tipo maça neta de alavanca, as janelas são de alumínio e vidro, e não tem telas mosquiteiras, não temos torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, os armários são de superfície lisa interna e externamente, não tem prateleiras e não são de acabamentos arredondados.

Temos sinalização visual dos ambientes que permite a comunicação a traves de textos, não tem a traves de figuras, em Braille e recursos sonoros. Os consultórios não são compartilhados pelos profissionais da equipe e todos possuem condições de ser feito atendimento em mesa de escritório com o usuário e o

acompanhante sentados e mesa de exame clínico, os consultórios ginecológicos possuem sanitário privativo anexo e a sala de vacina está situada de forma que evite o trânsito dos usuários nas demais dependências.

Os corredores de circulação são de 1,20 metros ou mais, a recepção tem espaço para arquivamento de 6000 prontuários e são arquivados por família.

A medida da área física é:

- menos de 5,50 m quadrados administração e gerencia;

- mais de 3 m quadrados para almoxarifado;

- menos de 10 m quadrados para farmácia e armazenamento de medicamento que é um local compartilhado;

- menos de 9 metros quadrados para os quatro consultórios sem banheiros, sala de procedimentos, vacinas e curativos;

- menos de 6 m quadrados para nebulização;

- menos de 12 m quadrados para o consultório odontológico;

- menos de 5 m quadrados para a cozinha.

Existe um sistema de reposição de equipamento e mobiliário e material de consumo, se realiza calibragem das balanças e esfigmomanômetros ao menos duas vezes por ano.

O prédio da unidade não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, não existem tapetes na unidade, mas existem graus, não existem rampas alternativas para o acesso, as calçadas não permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, não existem corrimãos, as portas dos banheiros não permitem o acesso de cadeiras de rodas.

Temos na sala de espera cadeiras com condições adequadas e cadeiras de rodas a disposição de usuários com esta necessidade. Somos uma equipe grande com locais muito pequenos e com uma distribuição não adequada, o corredor da sala de espera fica muito perto dos consultórios e as cadeiras estão muito perto umas de outras e reúnem umas 20 pessoas o que dificulta o trânsito pelo corredor que também comunica as salas de triagem, curativos, odontologia e nebulização, dificulta também a consulta porque se escuta as conversas das pessoas e é que recorrer à disciplina e educação dos usuários.

As salas em geral são pequenas, mas cumprindo com as medidas mínimas, falo dos consultórios médicos com pouca movimentação entre a mesa, maca, cadeiras, a farmácia que compartilha o local com armazenamento de medicamentos,

consultório odontológico com menos de 12 m². Falou em geral de toda a estrutura da UBS.

Não contamos com local para lixo contaminado e não contaminado e embora se tomem medidas para que fiquem bem armazenados sempre se corre o risco de que ocorra algum acidente tomando em conta que a recolhida não é diária e se semanal.

O difícil acesso das pessoas portadoras de deficiências a nossa local e o trânsito por ele sem condições para estas pessoas. Tudo se traduz em dificuldade de atendimento, a equipe sempre trabalha embora das dificuldades e a população já esta disciplinada e também aporta seu grão de areia.

Nossa UBS Monte Alegre dos Campos encontra-se equipada com a maioria dos aparelhos e instrumentos que requerem as mesmas, só não tem microscópio já que não tem um laboratório. Todas as salas têm negatoscopio e otoscopia que é muito importante para a reavaliação de uma consulta com qualidade; consulta odontológica tem a maioria dos aparelhos que precisam para fazer um atendimento ótimo; temos um sistema de manutenção e reposição e dos aparelhos instrumentais e de material do consumo e da reposição de mobiliário.

Quase sempre temos a maioria dos medicamentos definidos pela Referência Nacional do Medicamento e Insumos, não temos medicação fitoterápica e homeopática no geral, somente xarope de guaco e muito pouco. Temos equipamentos e instrumentos de comunicação como conexão a internet, telefone próprio da UBS, estabilizador, impressoras, e microcomputadores e são utilizados pelo pessoal do posto em geral.

Pelo momento não contamos com prontuário eletrônico, mas agora vai ser implantado um programa que tem entre seus objetivos implantar ele; os dados ficam nas fichas individuais. Temos agentes comunitários de saúde e tem disponibilização de meios de locomoção para o deslocamento e a realização de seu trabalho.

O consultório odontológico tem equipamento de proteção pessoal, além disso, contam com amálgama, adesivo para restauração, selantes, fio de sutura, tudo o que precisam para os atendimentos. Para as atividades educativas e preventivas de saúde bucal tem todos os meios necessários. Em relação aos materiais do consumo e insumos temos um bom abastecimento deles. Em relação aos medicamentos definidos no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em

nossa UBS é muito boa, contamos com muitos dos medicamentos que vêm relacionados neste elenco. Nossa sala de vacina realiza as mesmas no calendário do Programa Nacional de Imunizações e não temos falta de nenhuma vacina. Com relação á referência para atenção especializada os usuários dispõem de consulta de algumas as especialidades em mais de 30 dias e outras com menos de 30 dias. Segue o revisado em Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, pois podem avaliar que nossa UBS reúne muitas das condições para atendimento da população. Contamos com os recursos para realizar e brindar qualidade no trabalho que ao final se traduza em qualidade de saúde da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada no Rio Grande do Sul, no município Monte Alegre dos Campos, cidade que tem grande parte da sua população concentrada na Zona rural, localizada no nordeste Rio-Grandense com uma área de 549,74 Km² onde está distribuída uma população de 3.102 hab. (IBGE, 2010). Faz parte da microrregião de Vacarias e está a uma distância de 280 km da capital, Porto Alegre.

A UBS foi construída faz quinze anos e leva o mesmo nome do município, é uma unidade do tipo mista, com profissionais vinculados pelo modelo tradicional juntamente com a ESF, esta com uma equipe completa mais uma equipe de saúde bucal, abrangendo uma população de 3.500 hab. cadastrados e atualizado deste ano. Não tem área de abrangência definida porque atende toda a população e não existe mapeamento.

O sistema de saúde do Município não conta com Hospital, as referências tanto para atendimento de alta complexidade como em relação aos exames complementares, são feitas para o município vizinho. . Com relação á referência para atenção especializada nossa UBS dispõem de especialidades de Pediatria e Ginecologia, fazendo avaliações em dois turnos na semana. Além disso contamos com cardiologista e Neurologista os quais fazem avaliações uma vez na semanas. As outras especialidades que não contamos são referenciadas para outros municípios que tenham este serviço. Temos um NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que trabalham em áreas estratégicas como, Práticas integrativas e

complementares, Reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, Saúde mental e Serviço Social que é de muita ajuda para a UBS e para a saúde da população.

Com relação à ESF/APS em meu serviço temos 100% de cobertura, sendo de tipo Rural. Existe só uma equipe de saúde composto por 1 médico clínico geral, 1 cirurgião dentista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar em saúde bucal, 3 técnicos de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde. Além dos componentes da equipe mínima de saúde da família possui outros profissionais em atividade nesta UBS como são, 1 assistente social, 2 auxiliares administrativos, 1 auxiliar de farmácia, 1 auxiliar de serviços de limpeza, 1 fisioterapeuta, 4 motoristas, 2 psicólogos e 1 nutricionista. Também contamos com 2 psicólogos, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta que formam parte do NASF. O horário de trabalho começa às 8 horas de manhã até 12 horas, e de 13 horas até 17 horas.

A estrutura física da Unidade conta com 1 ambiente específico para recepção /arquivo de prontuários, 1 sala de espera pequena com capacidade para vinte pessoas, -1 sala de reuniões, 1 consultório com sanitário, 2 consultórios sem sanitário, 1 sala de vacina, 1 sala de curativos e procedimentos, 1 sala de nebulização, 1 sala para Farmácia e/ou armazenamento de medicamentos, 1 equipo odontológico, 1 sanitário para funcionários, 1 copa/cozinha.

Com relação as limitações, não temos sala para com escovódromo, também não uma sala para os agentes comunitários de saúde fazerem suas reuniões, além disso não contamos com sala para depósitos para material de limpeza, estes são guardados nos banheiros em pequenos closets que dificultam a movimentação no banheiro. Outras necessidades encontradas estão relacionadas com a recepção, lavagem, descontaminação do material e sala de esterilização e estocagem de material, na realidade o posto tem uma adaptação para duas ficarem no mesmo local com uma parede de divisão possibilitando fazer as duas coisas em locais separados.

O abrigo para expurgo também não tem lugar adequado, estes resíduos sólidos são acondicionados de forma separada e armazenados em barris fechados e colocados numa área da garagem esperando para serem recolhidos por uma empresa privada uma vez por semana. Os depósitos para o lixo não contaminado na frente da UBS ficam em caixas que estão colocadas no alto com ventilação esperando serem recolhidas uma vez por semana pela prefeitura, como ocorre com o resto da cidade. Não contamos com local para lixo contaminado e não

contaminado e embora se tomem medidas para que fiquem bem armazenados sempre se corre o risco de que ocorra algum acidente tomando em conta que a recolhida não é diária e sim semanal.

O prédio da unidade não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, não existem tapetes na unidade, mas existem degraus, não existem rampas alternativas para o acesso, as calçadas não permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, não existem corrimãos, as portas dos banheiros não permitem o acesso de cadeiras de rodas.

Temos na sala de espera cadeiras com condições adequadas e cadeiras de rodas a disposição do usuário com esta necessidade. Somos uma equipe grande com locais muito pequenos e com uma distribuição não adequada, o corredor da sala de espera fica muito próximo dos consultórios e as cadeiras estão muito perto umas das outras e reúnem umas 20 pessoas o que dificulta o trânsito pelo corredor que também comunica as salas de triagem, curativos, odontologia e nebulização. Outra dificuldade sentida é em relação a falta de privacidade nas consultas, porque se escuta as conversas das pessoas e há que recorrer à disciplina e educação dos usuários. As salas em geral são pequenas, mas cumprindo com as medidas mínimas, falo dos consultórios médicos com pouca movimentação entre a mesa, maca, cadeiras, a farmácia que compartilha o local com armazenamento de medicamentos, consultório odontológico com menos de 12 m² Isto tudo se traduz em dificuldade de atendimento, a equipe sempre trabalha apesar das dificuldades e a população já esta disciplinada e também contribuí com seu grão de areia.

Uma das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde é a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando os grupos expostos a riscos, famílias e indivíduos, assim como os grupos de agravos e a sinalização dos equipamentos sociais e das redes sociais, participando todos os profissionais da equipe.

Além da nossa UBS realizam os cuidados em saúde á população da área de abrangência pelos profissionais no domicílio, nas escolas e na associação de bairro comunidade. Realizamos atendimentos de urgência e emergência e realiza-se a busca de usuário faltoso às ações programáticas e/ou programas e são envolvidos nesta tarefa todos os profissionais da UBS.

Em nossa UBS os usuários são encaminhados pelos profissionais a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra referência e são

utilizados os protocolos para realizar os encaminhamentos nas especialidades, internação hospitalar, atendimento em serviços de pronto atendimento e em pronto-socorro. Fazemos acompanhamento do plano terapêutico proposto para o usuário, se acompanha o usuário em situação de internação hospitalar e domiciliar. As notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis também são feitas a maioria das vezes pelo médico e enfermeiro, mas todos os profissionais são envolvidos na busca ativa de doenças e agravos. Realizamos atividades de grupo aonde se vêem envolvidos quase todos profissionais.

As estratégias coletivas usadas são conversas, palestras, teatros, grupo de reflexão, usamos para promoção de atividades físicas como, caminhadas, atividades lúdicas e esportivas, contribuições do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Profissional da UBS, da escola. Nestas atividades são dirigidas fundamentalmente a diferentes grupos específicos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, idosos, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher e são desenvolvidas no âmbito domiciliar, nas escolas, na associação de bairro /comunitária. Nestas atividades se logra uma boa interação dos participantes do grupo o que faz com que as informações e as atividades de prevenção e promoção de saúde tenham um efeito positivo. Outros temas que são desenvolvidos são alimentação saudável, cuidados com os filhos, desenvolvimento infantil, estilo de vida saudável, DST/AIDS. Todos os profissionais participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, todos podem ajudar nesta tarefa desde nosso trabalho, fazendo com que os materiais e insumos sejam mais duradouros e com isso um melhor trabalho da equipe e bom atendimento dos usuários.

Nossa equipe se reúne todos os meses para avaliar todas as questões que ajudam ao melhor desenvolvimento do nosso atendimento, também se analisam as dificuldades e se fazem propostas para superá-las. As dificuldades que vinham se apresentado era mais em relação às consultas agendadas para doenças crônicas e já se começou a dar os primeiros passos para superá-las. Também os temas tratados nos grupos estão sendo de muita ajuda. Atenção primária à saúde tem sempre um impacto positivo nas comunidades com a organização do trabalho. A aceitação da população é mostrada com a participação ativa da comunidade nas atividades previstas. Então vamos a fortalecer o trabalho comunitário trabalhando

juntos e vamos superar as dificuldades existentes pra continuar melhorando o nosso trabalho.

Após o levantamento dos dados da UBS considero as estimativas encontradas muito perto da realidade do meu serviço. Embora os números mudem um pouco nos diferentes denominadores tratados no Caderno de Ações Programáticas (CAP), esta é uma boa ferramenta para desenvolver o trabalho da análise situacional de cada UBS que ao final se traduz em qualidade de trabalho. A minha unidade de saúde tem uma população cadastrada e real de 3.500 habitantes na sua área de abrangência com só uma equipe de saúde da família, que brinda um adequado atendimento, com um número de equipe adequado, pois se considerarmos que uma equipe deve cobrir no máximo 4.000 mil pessoas, com a média recomendada de 3.000 mil hab. Se fizermos uma análise da distribuição da população por sexo e faixa etária a estimativa de acordo com na distribuição brasileira, pois no número de homens e de mulheres é comum um equilíbrio na idade jovem e predominam as mulheres nas idades adultas e idosas e predominam também de forma geral os adultos e os idosos sobre a população jovem.

Minha área de abrangência tem 22 crianças menores de um ano e 12 gestantes que fazem o acompanhamento na unidade. Na minha UBS o acolhimento de forma geral é realizado na recepção e é feito pelo enfermeiro e o técnico de enfermagem na maioria das vezes, mas tenho que destacar que todos os profissionais ajudam na escuta dos usuários, já que muitas vezes eles não procuram consultas médicas e sim fazer vacinas, pegar remédios ou marcar para a realização de exames e é atendido por qualquer outro profissional do posto e assim, não ficam muitas pessoas no corredor, favorecendo o bom desenvolvimento do trabalho da equipe e que o acolhimento que é realizado em qualquer uma das salas.

O acolhimento é realizado de segunda a sexta no turno da manhã e a tarde; no turno da noite se presta serviço sobreaviso ficando um motorista e um enfermeiro de plantão para se precisar levar o usuário para o município mais próximo para atendimento de pronto socorro. Todos os usuários que chegam são escutados em uma média de cinco até dez minutos, atendendo a avaliação de risco biológico e vulnerabilidades para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Logo após, são procuradas as fichas e realizada a triagem para outro profissional conforme a necessidade do usuário.

Os usuários que solicitam consultas para o enfermeiro, médico, dentista quando estão com problemas de saúde agudos, que precisam ser atendidos no dia, o atendimento é feito pelo profissional, assim como os que precisam de atendimento imediato/prioritário é feito no momento, evitando o agravamento do usuário e avaliando se precisa de encaminhamento para exames complementares ou avaliação em consultas especializadas. Não há excesso de demanda. Tenho que agregar que como o atendimento médico agora é feito por dois médicos é possível realizar novamente as consultas agendadas, para o fortalecimento da prevenção e promoção de saúde, e isso não impossibilita a atenção dos problemas agudos, ou seja, as consultas não agendadas. No município não há oferta do serviço de prótese dentária, e contamos com o atendimento odontológico especializado, como por exemplo, tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias e lesões de mucosa e não existe excesso de demanda. Não temos atendimento odontológico através do centro de especialidades odontológicas. O número de pessoas de nossa área de abrangência é pequeno e juntamente com o adequado número de profissionais da equipe, favorece para que não tenha excesso de demanda e facilita o bom atendimento e a satisfação nos usuários.

Com relação à saúde da criança, realiza-se o atendimento das crianças de zero a setenta e dois meses através da puericultura, buscando realizar um acompanhamento adequado para transformá-las em adultos fisicamente saudáveis, psiquicamente equilibrado e socialmente útil. Em nossa UBS se realiza este atendimento duas vezes na semana e é realizado pelo médico da ESF e enfermeiro, também pelo médico pediatra que temos contratada pela prefeitura; ao terminar a consulta a criança sai com a próxima consulta agendada. Também existe atendimento para crianças de até 72 meses de idade. Para o atendimento de problemas de saúde agudo temos não temos excesso de demanda, já que se atende o mesmo utilizando os protocolos. Temos cadastradas 22 (58%) crianças menores de 1 ano residentes na áreas de cobertura da UBS, com 100% das consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério de Saúde, 100% com teste do pezinho até sete dias e com monitoramento do crescimento e desenvolvimento na ultima consulta. Segundo os dados do CAP a estimativa é de 38 crianças menores de um ano e 76 menores de cinco anos, residentes na área de abrangência. Das crianças cadastradas na unidade, todas estão com vacinas em

dia, avaliações de saúde bucal e com orientação para prevenção de acidentes e para aleitamento materno exclusivo e triagem auditiva.

As ações desenvolvidas no cuidado a criança na puericultura são imunização, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, da saúde mental, teste do pezinho e diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Além disso, se utilizam classificações para identificar crianças de alto risco e mediante protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde como os de encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro. Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados em prontuários clínicos, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas, além destes, existe arquivo específico para os registros do atendimento da puericultura, que costuma ser revisado mensalmente e com a finalidade de verificar crianças faltosas, completar os registros, identificar procedimento em atraso (peso ou vacinas), identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa, esta revisão é realizada por enfermeiro e médico de família.

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

Em nossa UBS, nossa equipe acompanha o cadastramento das crianças no programa Bolsa de Família, realiza atividades com grupos de mães das crianças da puericultura no âmbito da UBS e nas escolas. Nós temos 3 grupos de puericultura onde participam 100% das crianças cadastradas.

Com relação à atenção ao pré-natal, o ideal é que se inicie com o planejamento familiar. Todo casal antes de uma gravidez, tem que ser avaliado para identificar os fatores de riscos que podem interferir na gravidez, e assim diminuir a morbimortalidade da futura mãe e da criança.

É muito importante que toda grávida tenha um bom controle e seguimento de sua gestação, desde o momento da captação até o parto e puerpério. Cada uma destas etapas tem suas características, por isso é imprescindível a participação tanto da grávida, como de seu parceiro e família na evolução da gestação, para que a mulher se sinta acolhida não só pelos profissionais da saúde, também por seu parceiro e pela família em geral.

Falar de atenção pré-natal e puerpério é simplesmente algo que todos gostamos, mas é melhor poder fazer atenção pré-natal, brindar nossos conhecimentos e contribuir a melhorar a saúde das gestantes e puérperas. Por isso devemos fazer com que as gestantes venham a Unidade Básica de Saúde como a melhor porta de entrada no sistema de saúde, para o acompanhamento da gestação. Em minha área de abrangência são 12 (25%) as gestantes com acompanhamento na unidade. Segundo dados do CAP estima-se que existam na área 48 gestantes residentes. A consulta pré-natal é realizada em um dia da semana, em turno único, pois como é uma comunidade pequena temos poucas grávidas, fato também que garante um atendimento satisfatório para as futuras mães. Estas consultas são realizadas pelo médico obstetra, enfermeiro, técnico de enfermagem, e na ausência do médico obstetra eu realizo os atendimentos. A gestante sai das consultas com a próxima agendada.

Não há ficha clínica específica, mas temos um arquivo específico que é muito importante pois ali são registradas informações como a gestante que faltou a consultas, data provável de parto, entre outros aspectos. Além disso, nós como profissionais da saúde recomendamos as grávidas sua revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto e entre os 30 e 42 dias como etapa muito importante.

As ações contra o câncer de mama são voltadas para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura e de prática regular da atividade física, orientações sobre os maléficos do consumo excessivo de álcool, educação da mulher para reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e de rastreamento do Câncer de mama. Os atendimentos são realizados pelo enfermeiro e pelo médico, todos os dias da semana e todos os turnos. Também os outros profissionais integrantes da nossa equipe aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama. O tipo de rastreamento do câncer de mama utilizado é oportuníssimo e organizado, já que se realiza a todas as mulheres que chegam as Unidades de

Saúde, utilizando o protocolo do câncer de mama produzido pelo Ministério da Saúde, publicado em 2011. Na unidade não existe arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, estes são registrados em prontuário clínico. Também é feita avaliação do programa pelo médico e enfermeiro nas reuniões mensais sendo utilizadas as fontes SIAB e prontuários clínicos.

Pelos dados do CAP, temos um estimado de 881 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área. Até agora nós trabalhamos com 640 (73%) mulheres acompanhadas na UBS, para prevenção de câncer do colo de útero. Com exame citopatológico para câncer de colo uterino em dia são 445 mulheres e com exame citopatológico para câncer de colo uterino com mais de 6 meses de atraso são 87 mulheres. Com exames alterados, são 60 mulheres, 217 com avaliação de risco para CA de colo de útero e 445 foram orientadas sobre prevenção. E no caso do câncer de mama, temos um estimado de 330 mulheres entre 50 e 59 anos residentes na área e nós estamos trabalhando com 209 (63%) mulheres que estão sendo acompanhadas. Nossa equipe trabalha ações educativas para a prevenção desta doença, com a participação de todos profissionais, com intuito de conscientizar a população da importância dos exames preventivos.

Em relação ao câncer de colo de útero se orienta para todas as mulheres da área de cobertura o uso de preservativo em todas as relações sexuais e são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino. A coleta de exame citopatológico se realiza em um dia semana de manhã e de tarde, só se realizam nas mulheres pertencentes à área de abrangência e a coleta é feita pela enfermeira. Um aspecto importante do processo de trabalho é que todos os profissionais integrantes da nossa equipe aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino, investigando os fatores de risco. O tipo de rastreamento do câncer de colo utilizado é oportuníssimo e organizado utilizando o protocolo do câncer de colo uterino produzido pelo Ministério da Saúde, publicado no ano 2011. Também não há arquivo específico para o registro dos resultados dos exames cito patológico coletados, estes são registrados no prontuário clínico, sendo este um problema para realizar o monitoramento e avaliação da atenção. Nossa equipe trabalha com foco nas ações programáticas de promoção para que todo o exame citopatológico para câncer de colo uterino seja realizado em tempo, todos os

profissionais de equipe estão sensibilizados com o problema e trabalhamos em conjunto para isso.

Em nossa UBS também realizamos o atendimento de adultos portadores de HAS e Diabetes Mellitus, esse atendimento realiza-se todos os dias da semana em todos os turnos é realizado pelo enfermeiro, médico, nutricionista, odontólogo, técnico /auxiliar de enfermagem e técnico / auxiliar de consultório dentário. O adulto com HAS e diabetes sai da UBS com a próxima consulta agendada, existe pouca demanda de adultos para atendimento por problemas agudos, é utilizado o protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS e diabetes do Ministério da Saúde, publicado no ano 2012 e os protocolos utilizados são encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e em ficha espelho de vacinas. Não temos o registro específico, o que dificulta o monitoramento destes usuários, não sendo possível verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso e adultos com fatores de risco e avaliar a qualidade do programa. São realizadas atividades com 5 grupos de adultos com HAS e diabetes no âmbito da UBS e participam 100 % dos adultos atendidos. Estes grupos são realizados pelo enfermeiro, médico de família, nutricionista, técnico de enfermagem e de consultório dentário e agente comunitário de saúde. Através deles também são realizado planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa. Nas reuniões mensais também fazemos essas avaliações do Programa sendo utilizadas as fontes HIPERDIA, prontuários clínicos e odontológicos.

Em relação à HAS e ao DM, a estimativa do CAP do número de hipertensos na área é de 715, e 204 o número de diabéticos. Eu preenchi todos os dados referentes à Hipertensão Arterial Sistêmica no Caderno de Ação Programática, podemos resumir que o número de Hipertenso com 20 anos ou mais de idade é de 550, que representa 77% da cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na área, com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico para 380 usuários. São 430 usuários com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, e 110 com exames complementares periódicos em dia. Com relação às orientações de promoção a saúde, 380 usuários receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. A

cobertura dos usuários que tiveram avaliação de saúde bucal em dia ficou baixa, com somente 100 usuários avaliados.

O número de Diabéticos com 20 anos ou mais de idade é de 150 (74%), sendo que 103 realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 58 estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias e 80 usuários estão com exames complementares periódicos em dia. São 67 usuários com exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses., Em relação as orientações de saúde, 103 foram orientados sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. A cobertura de usuários com avaliação de saúde bucal encontra-se baixa, com somente 54 usuários com avaliação em dia.

Nossa equipe procura focar mais nas ações programáticas de promoção a saúde para que nossos usuários não tenham atraso nas consulta agendada em mais de 7 dias e que tenham avaliação de saúde bucal em dia. Fazem-se muitas atividades educativas onde participam todos os profissionais da UBS para melhorar a atenção e a qualidade de vida dos usuários.

A estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do Caderno de Ações Programáticas (com 60 anos ou mais) é adequada, pois segundo o caderno de Ações Programáticas a estimativa é de 436 usuários maiores de 60 anos de idades e eu tenho em minha área de abrangência 410 usuários que são acompanhados na UBS que representa um 94%.

A forma do registro da minha UBS permitiu a coleta de dado, mas tenho que assinalar que existem deficiências que podem ser melhoradas para obter dados mais precisos, por exemplo, não existe registro específico de pessoas idosas, nem arquivo específico para os atendimentos dessas pessoas, elas ficam arquivadas no prontuário clínico e odontológico, e dentro de cada ficha familiar.

Examinando o questionário preenchido eu pude avaliar os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em minha UBS. São realizados atendimentos de pessoas idosas todos os dias da semana e em todos os turnos participam em seu atendimento enfermeiros, médicos, odontólogo, técnico de odontologia e enfermagem, após a consulta o idoso sai com a consulta agendada.

Além das consultas agendadas temos oferta e demanda de idosos para atendimentos de problemas agudos. Não temos excesso de demanda dos

atendimentos de problemas agudos de saúde, mas são bem acolhidos e tratados seus problemas como se tivessem consultas agendadas. Também são desenvolvidas diferentes atividades no cuidado aos idosos como: Imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo. São realizados 2 grupos de idosos no mês onde os usuários se sentem bem acolhidos e informados com todas estas ações de saúde. No entanto temos que buscar a participação de toda a equipe de saúde nestes eventos muito importantes para a comunidade, pois só participam enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem.

Temos como necessidade a organização dos registros, pois não contamos com um arquivo específico independente para os registros dos atendimentos dos idosos. Por não termos, foi difícil procurar dados como agora e manter o controle de todos os idosos e suas características particulares. Os profissionais de saúde da minha UBS avaliam a capacidade funcional global do idoso por meio do exame clínico assim como explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionado aos problemas de saúde de maior prevalência como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão. Temos protocolo de atendimento para idosos e protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde.

Também se realiza cuidado domiciliar aos idosos e existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam destes cuidados e os atendimentos são feitos de maneira geral por todos os profissionais da saúde de nossa UBS. Temos uma equipe que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações disponibilizadas aos idosos, se reúnem uma vez ao mês e realizam relatórios com os resultados encontrados mensalmente e para este utilizam dados do SIAB, HIPERDIA, prontuário e cadernetas.

De forma geral esta é a situação da minha unidade de saúde em relação com as pessoas idosas. Para garantir melhor qualidade de saúde destas pessoas e melhorar a qualidade dos atendimentos é preciso continuar trabalhando nos

atendimentos agendados, ter melhor controle nos indicadores de fragilização, organizar um arquivo específico dos atendimentos nas consultas para ter um bom sistema de dados destes usuários e por avaliar usuários faltosos, completude do registro, idosos de risco, qualidade do atendimento e procedimentos em atrasos. Eu acho que com a implementação de um arquivo específico vai ser mais fácil ter todos os dados dos idosos nos prontuários e na plataforma para o fácil acesso dos profissionais. Continuar trabalhando nas atividades de grupo com todos os profissionais do posto para reforçar a assistência às consultas agendadas e o preenchimento das cadernetas, assim como a avaliação geral desta faixa etária. Criar uma lista de assistência destes usuários, com as atividades de grupo para ter controle dos usuários que assistem. Continuar fazendo os atendimentos domiciliares a usuários que precisam. Com todos trabalhando juntos é possível fazer muitas ações para melhorar o atendimento a saúde deste grupo de pessoas que precisam de um atendimento diferenciado.

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

Depois de realizada a análise situacional vejo que ainda temos muito para melhorar. Neste período de ambientação ao país e realizando a análise situacional na UBS Monte Alegre, consegui aprofundar os conhecimentos sobre a população da área de abrangência, com suas carências e virtudes e temos a convicção de que continuaremos no trabalho para conseguir o total cadastramento das famílias. Temos muitos desafios a serem cumpridos ainda e as expectativas são as melhores.

A partir da análise é possível trabalhar para alcançar melhores indicadores de saúde, bem como criar estratégias para fomentar a participação nos grupos de atenção básica. Também recebemos em nossa equipe os Agentes Comunitários de Saúde, parte fundamental para organizar o processo de trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) se constituem como importantes problemas de saúde pública, pela alta prevalência e baixas taxas de controle. Essas doenças crônicas são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise. E com o aumento no consumo de alimentos industrializados e ricos em gorduras, associado ao menor gasto energético diário, devido à redução da atividade física, bem como o hábito de fumar, são fatores envolvidos nessa tendência crescente de doenças do aparelho circulatório. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2013).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Monte Alegre dos Campos, onde atuo, a ação programática típica de Atenção Primária a Saúde escolhida como foco de intervenção foi Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sendo estas as doenças crônicas mais frequentes em nossa comunidade.

Nossa UBS está situada no município Monte Alegre dos Campos no Estado Rio Grande do Sul. Tem uma população de 3.200 habitantes, sendo a principal atividade econômica a agricultura. A unidade está adequada em relação a sua

estrutura, sendo composta por uma equipe de saúde com: 1 médico geral integral, 2 dentistas, 2 enfermeiras, 1 técnico de higiene bucal, 3 técnicos de enfermagem e 5 agentes comunitários, além da recepcionista, auxiliar de farmácia, 1 auxiliar de serviço gerais ou de limpeza e temos 6 motoristas. Recebemos o apoio do NASF, com especialista em ginec obstetricia, atendimento semanal de pediatra e neurologista. Além disso, contamos com 1 nutricionista com atendimento 3 vezes na semana. Os usuários que precisam de outras especialidades e as emergências são encaminhados para Hospital de Vacaria, que se encontra a 30 km do município.

Após o levantamento dos dados da Unidade, no CAP, estimamos que o número de Hipertensos com 20 anos ou mais é de 715 e o número de Diabéticos com 20 anos ou mais é de 204 usuários. No entanto, essa estimativa não reflete o verdadeiro número de usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência e a situação é preocupante, pois não temos todos os registros de controle destes usuários nem seus acompanhamentos. Temos cadastrados na unidade 550 (77%) usuários hipertensos e 150 (74%) diabéticos. Estes foram os motivos que nos levaram a tomar este tema como foco de intervenção. Nossa equipe está muito comprometida na realização das ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações para o controle do peso corporal, de estímulo à prática regular da atividade física, ações que orientam sobre os danos do consumo excessivo de álcool e malefícios do tabagismo.

O atendimento clínico dos usuários com HAS e DM realiza-se todos os dias da semana em todos os turnos e após a consulta, o adulto com HAS e DM sai com a próxima consulta programada na agenda. Não há Protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS e DM, sendo este outro motivo para assumir este tema e intervier, adotando o Protocolo do Ministério da Saúde como uma ferramenta principal para orientar o trabalho em nossa unidade e usá-lo para melhorar a qualidade nos atendimentos a usuários portadores das doenças crônicas. Realiza-se também a busca ativa de usuários faltosos, tanto hipertensos como diabéticos, tratando-se de estimular a participação deles em as atividades de grupo.

Contudo, é importante realizar a intervenção em nossa UBS, já que temos como objetivo ampliar a cobertura de Hipertensos e Diabéticos definindo como meta cadastrar 90% dos usuários da área de abrangência, bem como estimular a participação ativa deles em atividades de grupo. Importante salientar que o foco da intervenção foi escolhido por toda equipe e estamos trabalhando todos juntos no

desenvolvimento deste, com a finalidade de reorganizar a atenção aos portadores de diabetes e hipertensão.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção aos usuários adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos /RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos e 90% 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 2.1: realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Meta 2.2: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: melhorar a adesão ao Programa.

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

Objetivo 4: melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 5: avaliação de risco.

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

Objetivo 6: promoção a saúde.

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

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

O programa de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas (de abril a julho de 2015). A população alvo são usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus pertencentes à área de abrangência da UBS Monte Alegre, no município de Monte Alegre dos Campos - RS. Para elaboração do programa será utilizado como referência os Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 2013.

Ao longo destes quatro meses, as ações serão desenvolvidas com base em quatro eixos pedagógicos: (1) Organização e gestão do serviço, (2) Monitoramento e avaliação, (3) Engajamento público, (4) Qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: ampliar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos:

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos e/ou 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação

Ação: monitorar o número de hipertensos e/ou 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 18 anos que assiste a UBS e nas visitas domiciliares para fazer o cadastramento e o rastreamento de HAS e DM. Com apoio dos ACS estaremos realizando um levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não estão cadastrados 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.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço

Ações: garantir os registros dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa e melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Bem como garantir material adequado para a aferição de medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para os diabéticos (esfigmomanômetros, manguito, fita métrica, glucometros).

Detalhamento: atualizar o registro semanalmente e monitorar. Acolher todos os usuários maiores de 18 anos que procurem a UBS, garantindo a aferição da PA pela técnica de enfermagem e/ou médico e/ou enfermeira. Esta atividade será realizada diariamente no horário de funcionamento da UBS. Garantir junto à gestão do município, material adequado para aferição da pressão arterial, com a segurança de que a calibragem do esfigmomanômetros esteja certa e que tenhamos o uso adequado do manguito de acordo com o tamanho do usuário (esfigmomanômetro para o individuo adulto e para obeso). Garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Eixo de Engajamento Público:

Ações: informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HA e DM da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idade pelo menos anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

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 é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

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 18 anos para o rastreio de casos de HAS e DM, nas reuniões semanais, durante as duas primeiras semanais e se for necessário, estender para mais semanas estas atividades. As capacitações serão realizadas pelo médico da equipe.

Objetivo 2: qualidade da atenção.

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

Meta 2.2.: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3.: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4.: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos; monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado e com a prioridade recomendada na unidade de saúde; monitorar a prescrição de medicamentos da farmácia popular e monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: será feito monitoramento durante a consulta programada do usuário, pelo médico e equipe de enfermagem, e será preenchido em sua ficha de acompanhamento e prontuário individual com data de realização dos exames e resultados. Estas atividades serão realizadas pela médica da equipe.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ações: definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, estabelecendo a periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque de medicamentos incluindo validade; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde; Organizar a ação para avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos usuários provenientes da avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: a definição das atribuições de cada membro da equipe será realizada durante a capacitação da equipe para o exame clínico, estabelecendo as atribuições de cada um. As capacitações serão realizadas nas duas primeiras semanas a princípio, baseadas nos protocolos do MS, com versão atualizada e impressa do protocolo para Hipertensão e Diabetes e será realizada pela médica da equipe.

A equipe deve garantir a solicitação dos exames complementares e a agilidade para a realização destes através do gestor municipal. Através da revisão da ficha espelho, a técnica de enfermagem irá monitorar semanalmente se os usuários estão com exame clínico em dia e se realizaram os exames laboratoriais pelo menos uma vez por ano.

O controle de estoque de medicamentos, incluindo validade e registro das necessidades de medicamentos, será realizado pelo assistente de farmácia, uma vez por mês.

O médico e enfermeira ficarão responsáveis pela avaliação de saúde bucal dos usuários e a técnica de enfermagem ficará responsável por examinar a ficha espelho uma vez por semana, identificando aqueles usuários que necessitam de atendimento. Se no exame clínico a médica ou a enfermeira observarem a necessidade de tratamento odontológico, o usuário será encaminhado para atendimento odontológico. As consultas serão organizadas pela odontóloga de nossa equipe de acordo as necessidades de cada usuário cadastrado.

Eixo Engajamento Público:

Ações: 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 à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, bem como o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Populares 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: as ações de educação em saúde serão realizadas, diariamente durante o acolhimento, em consulta médica e de enfermagem; assim

como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos, quinzenalmente, ou outros espaços comunitários realizados pela médica, enfermeira e dentista da equipe.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ações: capacitar à equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: as capacitações serão realizadas pela médica e odontóloga da equipe, utilizando o espaço das reuniões semanais.

Objetivo 3: melhorar adesão.

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo da UBS.

Detalhamento: o monitoramento será mensal através da revisão dos registros preenchidos: ficha de atendimento. Será realizado pelo médico da equipe.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ações: organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, com uma periodicidade de duas vezes por semana. E será organizada a agenda para que permita acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Será realizado pelos agentes comunitários, enfermagem e médico de nossa equipe.

Eixo de Engajamento Público:

Ações: informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e manter a periodicidade preconizada para a realização destas.

Detalhamento: Os usuários serão orientados mediante consulta médica e de enfermagem e atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários; atividades estas realizadas pela enfermagem e médica da nossa equipe.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ações: capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: serão capacitados todos agentes comunitários para oferecerem as orientações sobre a importância do comparecimento nas consultas e sua periodicidade. A capacitação será realizada pelo médico da equipe, durante o período das reuniões.

Objetivo 4: melhorar os registros das informações:

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Detalhamento: será formado um grupo, com o médico e equipe de enfermagem, encarregado pela revisão dos prontuários e fichas de acompanhamento para garantir a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações: manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento e definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto exista 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.

Detalhamento: a ficha de acompanhamento será implantada para garantir qualidades do registro e tudo isso será realizado pelo grupo de monitoramento.

Eixo de Engajamento Público:

Ações: orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: os usuários serão orientados durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários, realizado pela médica e enfermeira da equipe.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ações: capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Detalhamento: será capacitada toda a equipe pelo médico.

Objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco.

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: médico e a enfermeira, nas consultas individuais, verificarão se os usuários realizaram a avaliação pelo menos uma vez ao ano e priorizarão o atendimento dos usuários avaliados como alto risco; será usada a ficha de acompanhamento e o preenchimento e monitoramento pelo médico e enfermeira.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ações: priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: a agenda dos turnos será organizada para dar prioridade aos usuários avaliados como alto risco e será realizada pelo técnico de enfermagem

Eixo de Engajamento Pública:

Ações: orientar os usuários sobre seu nível de risco e a toda a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, assim como à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos mensais ou em outros espaços comunitários; estas atividades serão realizadas pelo médico, enfermagem e agentes comunitários de nossa equipe.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e nas estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: será capacitada toda a equipe pelo médico.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Meta 6.2.: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3.: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4.: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações: monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: médico e a enfermeira ficarão responsáveis pelo monitoramento dessas ações e, uma vez por semana, examinarão a ficha de atendimento individual e a ficha espelho. Quando for o caso de orientação não

repassada para o usuário, a equipe será comunicada e no próximo atendimento ou visita domiciliar o usuário receberá a orientação necessária.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações: organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, envolvendo nutricionistas nestas atividades.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, demandando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.

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

Detalhamento: as orientações sobre os temas acima serão abordadas durante as consultas de rotina, com adequação do tempo médio dos atendimentos clínicos. As atividades serão organizadas pelo técnico de enfermagem e os ACS também serão capacitados para oferecer essas orientações durante as visitas domiciliares e atividades de grupo. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"; será comprado o tratamento do abandono do tabagismo pelo gestor.

Eixo de Engajamento Público:

Ações: orientar hipertensos, e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal.

Detalhamento: serão orientados os usuários, durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários; pelo médico, enfermagem e agentes comunitários de nossa equipe.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ações: capacitar à equipe sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas e as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: serão capacitados todos os membros da equipe, pelo médico e odontólogo de nossa equipe. Todas as atividades e ações serão realizadas durante atividades de educação permanente.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar dia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3: Proporção de 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 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção ao usuário com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Monte Alegre dos Campos, a equipe vai adotar como Protocolo os Cadernos 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.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas para a população de 3.200 pessoas temos a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 715 e para os diabéticos tem-se uma estimativa de 204 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Os Instrumentos, de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas, adotados pela equipe serão: Prontuários individual, Ficha-espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal.

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

A ficha espelho 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 tibial posterior e pedeos, com medida da sensibilidade dos pés, necessidade de encaminhamento para especialistas ou outro nível do Sistema, orientações recebidas e participação de atividades educativas.

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

Pretendemos, durante a intervenção cadastrar os 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.

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; farão esta revisão semanal a fim de realizar busca ativa dos faltosos. 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 tibial posterior e pés, 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.

A organização do arquivo os prontuários com ficha-espelho e ficha complementar serão realizadas pelos ACS. Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pelo médico e enfermeira semanalmente para monitorar indicadores de qualidade. Através das fichas serão monitorados a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos/diabéticos, a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos/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 registro da ficha-espelho pelo ACS que nos informará na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

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.

Inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através do 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.

Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência. 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, 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 acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consultam de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 7 dias.

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

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.

As agendas médicas, de enfermagem e dentista serão organizadas afim de acolher a demanda espontânea bem como das 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 domiciliares farão busca ativa dos faltosos às consultas clínicas quanto para os atendimentos odontológicos e organizará em conjunto com o médico e enfermeira a agenda para acolher esses usuários.

Por fim, é necessário sensibilizar a comunidade, através das reuniões na comunidade, escolas, grupo sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitará o apoio dos mesmos para o rastreamento de hipertensos e diabéticos, orientando-os sobre os fatores de riscos e 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, bem como da importância de assistir às consultas. As ações educativas serão realizadas através de palestras, conversas, grupos, com a participação de toda a equipe.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Há 12 semanas no início do projeto de intervenção, achava um pouco difícil conseguir alcançar os objetivos, metas, ações e indicadores que estavam planejadas. Levando em conta que o tema da intervenção foi eleito de acordo com programa de saúde priorizado no SUS, que se encontrava mais deficiente na nossa UBS no momento da análise. Foram dias de preocupação, dúvidas, temor. Apesar de algumas dificuldades objetivas, as condições (cronograma, logística, condições do clima) estavam prontas para iniciar a intervenção e assim foi. Sem dúvidas o projeto de intervenção veio a mudar para melhor muitas coisas na nossa UBS. Para mencionar algumas delas: temos que as reuniões de equipe, que já hoje formam parte da rotina semanal e com a participação de todos, anteriormente ao projeto não era assim. A equipe conseguiu mudanças importantes e boas como a união, adesão e o funcionamento da equipe como uma verdadeira equipe. Os usuários Hipertensos e Diabéticos contam com atendimento todos os dias, e se sentem bem acolhidos na UBS.

O esforço da equipe foi muito grande, principalmente nas últimas semanas, como resultado da mudança no período de intervenção de 16 semanas para 12 semanas, foi necessário ajustar agenda e o cronograma para que pudéssemos atingir melhores resultados. A equipe queria atingir as metas pactuadas no início, para isso foi necessário fazer algumas mudanças dentro da rotina semanal. Durante todo este tempo, tivemos trocas de profissionais da equipe de saúde, pois nossa administração mudou em duas ocasiões e muitos funcionários passaram em concursos em outros municípios e abandonaram nossa equipe.

No objetivo da cobertura, foram desenvolvidas integralmente ações de monitoramento e avaliação que estavam pactuadas, monitorar a cobertura dos

usuários hipertensos e diabéticos da área, com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente, e foi possível realizar mensalmente. Já no objetivo de qualidade dos atendimentos clínicos, tínhamos previsto monitorar a realização de Avaliação Integral em todos os usuários acompanhados pela unidade de saúde, monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários acompanhados, monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo como protocolo, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia. Ações que foram realizadas todas em cada acompanhamento.

Quanto ao objetivo de adesão estava previsto monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, adotado pela unidade de saúde, o que foi possível realizar em sua totalidade dos usuários, os quais foram acompanhados mensalmente com os retornos agendados. Uns poucos não chegaram ao retorno marcado e foi necessário fazer a busca ativa deles. Para conseguir a maior qualidade nos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, foi preciso monitorar as fichas espelho, as quais existem e estão atualizadas em 100% deles.

Já na avaliação de risco executou-se o monitoramento do número de usuários de maior risco de complicações e mortalidade identificados na área de abrangência.

Na promoção de saúde monitorou-se a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os usuários, o número de usuários diabéticos e com hipertensão, com obesidade / desnutrição, a realização de orientação de atividade física regular, orientação sobre hábitos de vida saudável, dieta com frutas e vegetais, sobre a importância de manter o peso ideal, sobre evitar o cigarro, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e cumprir com o tratamento médico.

No eixo de organização e gestão dos serviços foram planejadas e executadas várias ações, o cadastramento da totalidade dos usuários foi feito em cada mês da intervenção; o acolhimento é uma ação que é realizada cada dia de atendimento; as atualizações dos registros são feitas pelo enfermeiro em cada dia de atendimento e atualizadas para a secretaria mensalmente. Durante a intervenção melhorou a qualidade de nossas informações com o sistema E-SUS; em cada reunião de equipe, realizada todas as sextas-feiras, foram expostas as atribuições

dos profissionais assim como a participação de cada um deles na realização do exame clínico dos usuários.

Garantiu-se busca a dos usuários, organizou-se a agenda para acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, garantiu-se também a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, realizou-se a solicitação dos exames complementares, se solicitou a nossa gestora municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, se estabeleceu sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, se realizou controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e se estabeleceu um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Na ordem do sistema, entretanto a ação de registro desde o início da intervenção, a equipe conta com as fichas espelho em quantidade suficiente. Em cada atendimento, a avaliação dos usuários se priorizou, sempre pesquisando possíveis complicações cardiovasculares, neurológicas, renais e sempre examinando os membros inferiores em busca de pé diabético, que é uma complicação muito frequente, e se priorizou o agendamento de visitas domiciliares de todos os usuários para conhecer os riscos que podem existir no local.

Para a promoção de saúde se definiu o profissional responsável pela orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os usuários, o número de hipertensos e diabéticos com obesidade / desnutrição, a realização de orientação de atividade física regular para todos.

No eixo do engajamento público a apresentação do projeto de intervenção na comunidade que estava previsto para ser desenvolvida na primeira, quinta e na nona semana, não foi possível cumprir por questões de organização e participação da comunidade. Razão pela qual foi necessário realizar três apresentações nas três primeiras semanas no diferente micro áreas do interior. Mas finalmente foi do conhecimento de toda a população a existência do projeto e notou-se sua participação e colaboração. Apesar de ter sido possível finalmente esclarecer a comunidade a existência do projeto, e explicar para eles todas as questões no referente a importância dos usuários hipertensos e diabéticos fazer o acompanhamento na UBS, a importância de realizar o exame clínico apropriado em dia, o cumprimento dos tratamentos médicos, a realização das medições dos

parâmetros vitais incluindo medição da PA e a realização do HGT , a realização dos exames complementares com a periodicidade requerida no protocolo, compartilhas as condutas esperadas em cada consulta com os usuários para que eles possam exercer controle social, explicar os fatores de risco para desenvolver complicações como pé diabético, infarto do miocárdio agudo, doença cerebrovascular e outras, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, importância da higiene bucal.

No eixo da qualificação da prática clínica converteu-se num costume das reuniões da equipe as capacitações segundo estavam previstas no cronograma e na planilha de OMIA. As técnicas de enfermagem receberam capacitação no que refere-se ao acolhimento dos usuários que chegam ao PSF por primeira vez, ou como resultado dos retornos marcados no mês anterior, assim como os que chegam como resultado das buscas ativas dos usuários faltosos no mês anterior. Também foram capacitadas em quanto a orientar aos usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular de Hiperdia. Também foi motivo da capacitação das técnicas de enfermagem o referente a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e a realização do Hemoglicoteste. Elas duas foram capacitadas no que é a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico e no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos usuários. Para isso foram utilizados materiais como (protocolo de atendimento de Hipertensão e de Diabetes, computador, lápis, caneta, fita, esfigmomanómetro, glicômetro, entre outros).

Também no momento das reuniões da equipe se realizou a atualização dos profissionais da equipe, em relação á terapêutica da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, realizada pelo enfermeiro, também foi definida na equipe a periodicidade das consultas aos usuários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações que estavam previstas para ser desenvolvidas, a maioria delas foi possível executar em sua totalidade, mas algumas foram difíceis de realizar. Não foi possível realizar os atendimentos que tínhamos planejado na Barragem, pois o medibus (transporte) não ficou pronto ainda.

Acredito que no eixo engajamento público ainda estamos deficientes e constitui um objetivo a desenvolver no decorrer do tempo, pois é de grande importância a participação ativa da comunidade nas atividades da UBS. Como tínhamos falado nos outros relatórios nossa população tem um nível cultural muito baixo e ainda precisamos trabalhar muito para aumentar a cultura de nossa população, além disso, temos que incentivar ainda mais a participação massivas em atividades de saúde coletiva. Temos que reconhecer que melhorou muito a participação, mas ainda não é suficiente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da Intervenção houve dificuldade para a equipe se familiarizar na sistematização de dados relativos a mesma. Tivemos que treinar muito para o registro dos dados na planilha, cálculo de indicadores e fechamento da mesma. Também foi preciso um tempo de adaptação para o preenchimento da planilha e ficha espelho durante a consulta médica, pois o tempo de consulta se prolongou.

No decorrer das semanas, houveram algumas dúvidas sobre a inclusão de usuários da planilha, as quais foram sanadas com ajuda da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Como já tínhamos dito no decorrer da intervenção já o programa de atendimento a os usuários hipertensos e diabéticos é uma realidade na nossa UBS. Apesar de ainda estar distante da perfeição, eu estou satisfeito com os resultados obtidos até o momento, pois em só 12 semanas a equipe conseguiu incorporar ações importantes aos usuários, com um acompanhamento na UBS com a qualidade preconizada pelo protocolo. Agora nossa intervenção forma parte da rotina de nossos atendimentos. Uma situação que já é irrevogável, eu acredito que chegou para ficar para sempre. A meta da equipe é alcançar o 100 % dos usuários acompanhados na UBS nos próximos dois meses. Temos indicadores ainda por melhorar, mas continuaremos trabalhando para lograr, não um bom resultado no projeto e sim um bom atendimento e satisfação da população. Ainda falta muito por fazer e temos muitas coisas que melhorar. Nossa UBS ainda está no processo de

remodelação, deve ficar pronta no final deste ano, acreditamos que com um pouco mais de apoio de nossa administração e de nossa prefeitura, possamos alcançar nossas expectativas que são muito ambiciosas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população da área de abrangência da UBS Monte Alegre é de 3.200 usuários. Segundo estimativa, de acordo com o CAP são 2.270 pessoas com 20 anos ou mais. De acordo com a planilha de acompanhamento, temos a estimativa de 487 usuários hipertensos na área de abrangência e 120 usuários diabéticos. Utilizamos estes valores estimados como base de cálculo dos indicadores, pois não tínhamos o cadastro atualizado dos usuários. Nosso propósito foi de cadastrar o maior número de usuários com estas doenças, em um período de trabalho de 12 semanas.

Referente à Hipertensão Arterial, no aspecto quantitativo, chegamos a um resultado de cadastramentos e avaliação de 218 usuários, o que representa 44,8% de cobertura. Referente ao Diabetes Mellitus, no aspecto quantitativo, conseguimos um resultado de cadastramento e avaliação de 84 usuários, o que representa 70% de cobertura.

A seguir estão descritos os resultados da intervenção na UBS para os indicadores do atendimento de hipertensos e diabéticos.

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

Meta 1.1. Cadastrar 90 % dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A cobertura da atenção aos hipertensos na unidade foi gradativamente melhorando e conseguimos ao longo dos meses os seguintes dados: no 1º mês foram registrados 68 (14%) usuários com HAS, 2º mês 138 (28,3%) e no 3º mês 218 (44,8%) hipertensos. Não atingimos a meta estipulada, não chegamos a avaliar

metade dos usuários com esta doença, pois não conseguimos atender durante este período porque temos um índice muito alto de usuários hipertensos, além disso, apresentamos muitas irregularidades em nossa equipe, que mudou muito nestas 12 semanas. Além de não receber todo o apoio necessário de alguns líderes na comunidade, mas ainda assim, conseguimos seguir e dar continuidade ao trabalho.

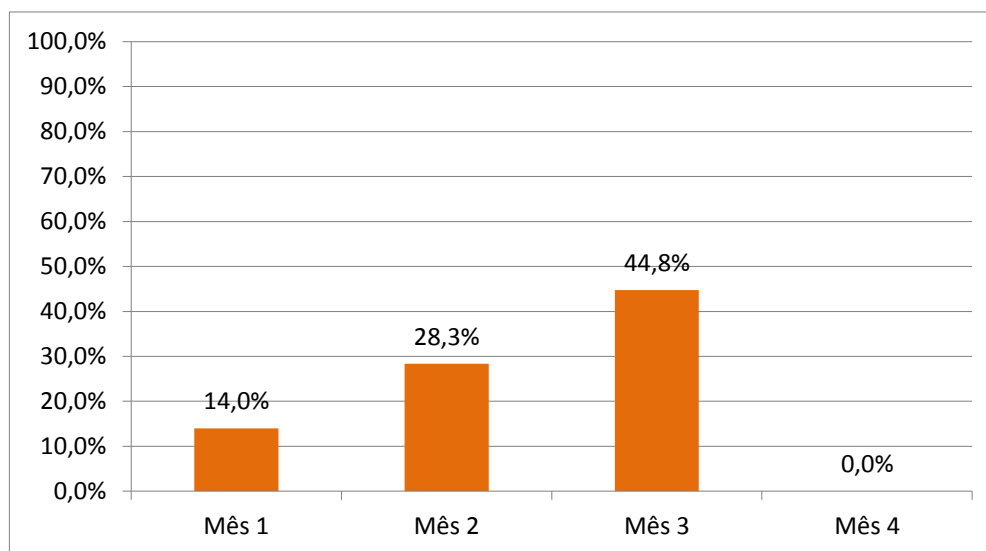


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos, RS.

Meta 1.2. Cadastrar 90 % dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

No primeiro mês foram atendidos 34 usuários (28,3%), no segundo mês de 55 usuários (45,8%) e no terceiro mês completamos 84 usuários (70%) de um total de 120 diabéticos residentes na área de abrangência da UBS. O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao diabético ficou próximo da meta estabelecida de 90% de cobertura. Isso se deu devido ao trabalho das ACS nos domicílios e da divulgação pela equipe na Unidade e comunidade (Fig. 02).

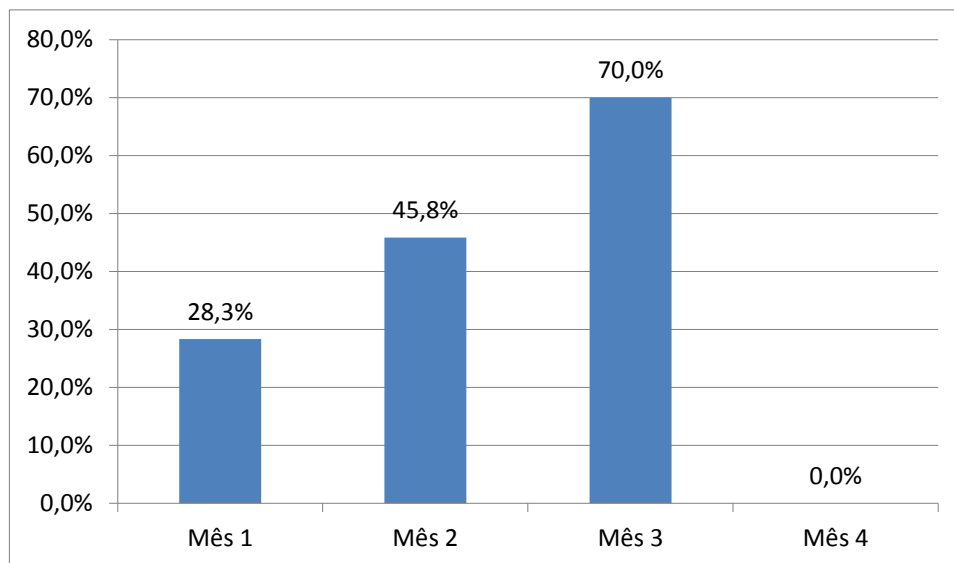


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos, RS.

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

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

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

Neste indicador para todos os usuários cadastrados, mês a mês, foram indicados os exames de acordo o protocolo no primer mês 68, no segundo mês 138 e no terceiro mês 216, sendo 100 % em cada mês.

É importante falar do apoio recebido pela secretaria de saúde para realização dos exames e o trabalho da equipe para que os usuários fizessem os exames na data estabelecida e não atrasar as consultas programadas.

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

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

Neste indicador 100 % dos usuários que foram cadastrados e atendidos em consultas, mensalmente foram indicados os exames de acordo o protocolo.

Sendo importante o apoio da secretaria de saúde para agilizar a realização dos exames, o trabalho desenvolvido pela equipe da unidade, em especial as ACS para conseguir a realização dos exames dos usuários.

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

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

Neste indicador em 100 % dos usuários foram realizados os exames e ficaram com exames em dia de acordo o protocolo.

Em conjunto com a Secretaria de Saúde o número de exames para a realização dos mesmos foi garantido, não ficando nenhum usuário sem realizar esses exames, importantes para o melhor controle da sua doença. Surgiu casos de atrasos na marcação, mais foi solucionado com a ajuda da equipe e da coordenadora da unidade.

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

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

Neste indicador 100 % dos usuários com diabetes realizaram os exames, sendo 34 no primeiro mês, 55 no segundo mês e 84 no terceiro mês. Com o apoio da Secretaria de Saúde e a coordenação da unidade, não ficou nenhum usuário sem fazer os exames. No caso dos usuários diabéticos tivemos problemas com a demora na chegada dos resultados da microalbuminúrica e da hemoglobina glicosilada, mas foi possível avaliar os 84 usuários, alguns com dano renal, e com a Hb glicosilada maior de 7 %, pelo que foi necessário reavaliar tratamentos médicos e aumentar dose de medicamentos, além de incorporar outros.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Neste indicador tivemos a seguinte evolução: No primeiro mês 58 (87,9%) usuários tiveram a prescrição e fizeram uso de medicamentos da Farmácia Popular-Hiperdia priorizado, no segundo mês 117 (86%) e no terceiro mês 191 (89,7%), conforme Figura 3.

É importante sinalizar a dificuldade encontrada no trabalho desenvolvido, pois muitos usuários tinham tratamento há muito tempo com medicação não incluída

dentro do Hiperdia ou na Farmácia Popular. A prescrição de medicamentos da farmácia popular não foi possível chegar aos 100% dos hipertensos, pois temos usuários com prescrições de outros especialistas (Cardiologista) e acompanhamento com os mesmos.

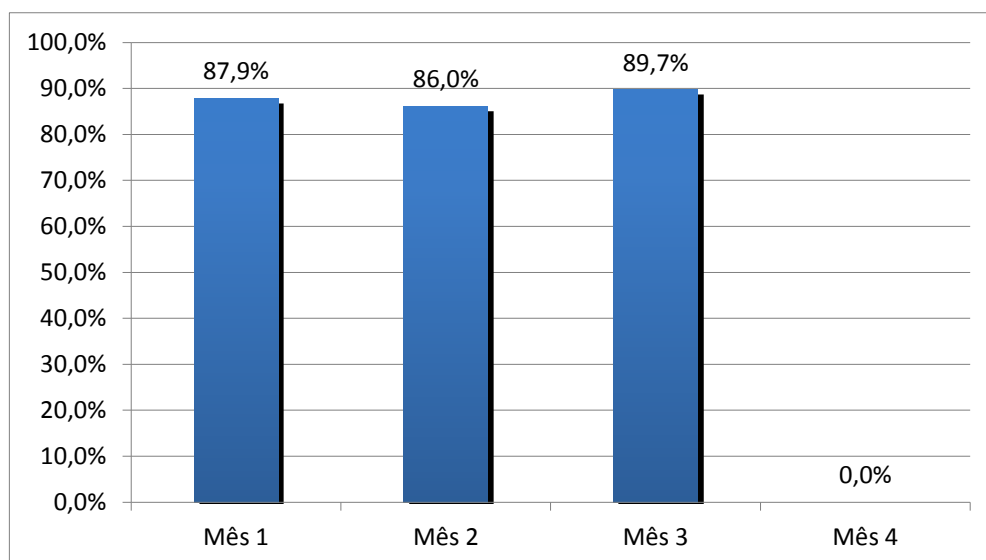


Figura 3: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular \ Hiperdia priorizada na unidade de saúde Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos, RS.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Neste indicador tivemos o seguinte desenvolvimento: No primeiro mês 31 usuários (96,9%), no segundo mês 45 (84,9%) e no terceiro mês 74 (90,2). Figura 4.

A prescrição de medicamentos da farmácia popular não foi possível indicar para 100% dos diabéticos, pois tinham usuários com prescrições de outros especialistas e acompanhamento com os mesmos. Ajudo muito o apoio da equipe NASF no trabalho desenvolvido nos grupos, falando das medicações e os benefícios.

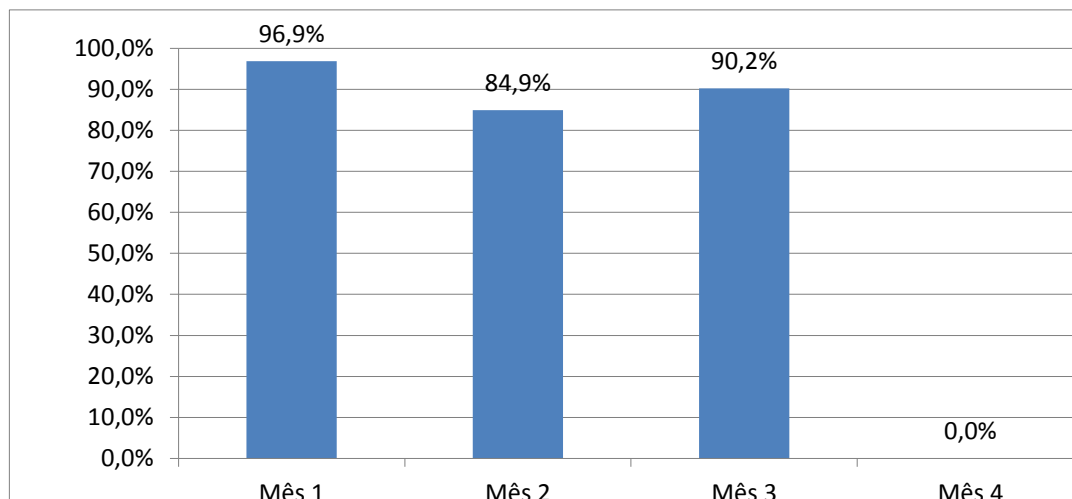


Figura 4: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular \ Hiperdia priorizada na unidade de saúde Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos, RS.

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

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

Os usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico, a maioria puderam receber atendimento, pois nossa UBS tem serviço de odontologia de manhã e de tarde, o que facilita o atendimento dos usuários, além disso, contamos com uma unidade móvel, que brinda atendimento nas comunidades no interior. No primeiro mês tivemos 56 (82,4) atendimentos odontológicos, no segundo mês 125 (90,6%), no terceiro mês 204 (93,6%).

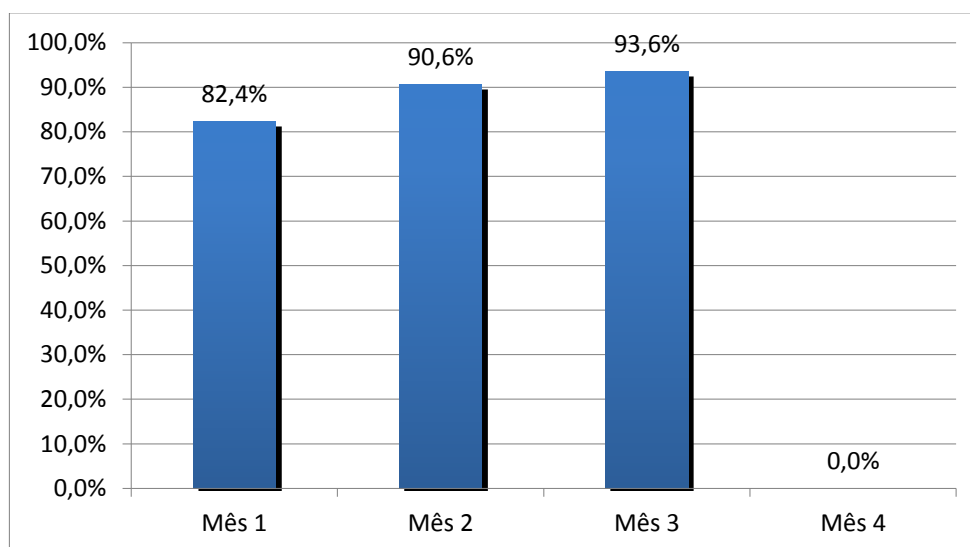


Figura 5: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos, RS.

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

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

Os usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico, na grande maioria puderam receber atendimento, pois nossa UBS conta com atendimentos de manhã e na tarde, além da unidade móvel que faz atendimento nas comunidades. No primeiro mês tivemos 29 (85,3%), no segundo mês 50 (90,9%), no terceiro mês 79 (94%).

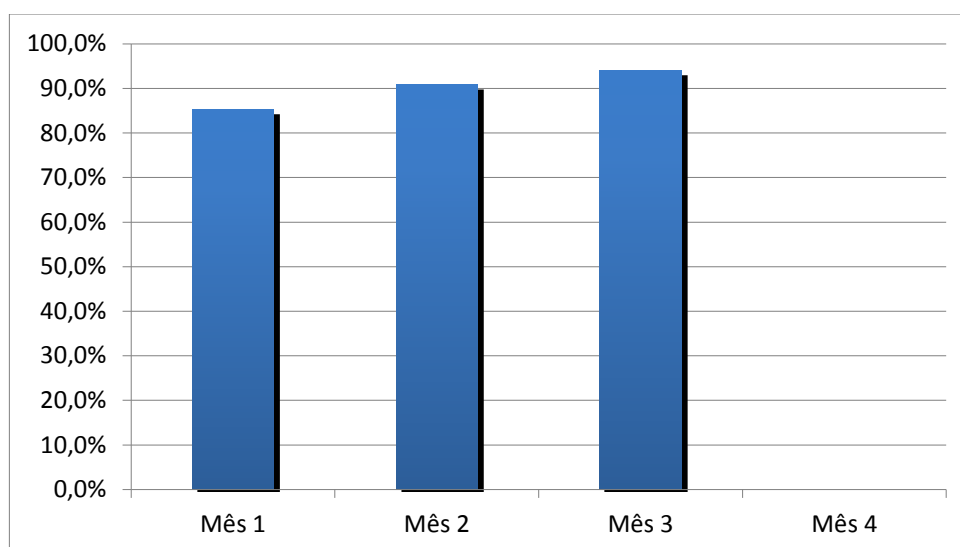


Figura 6: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Monte Alegre, Monte Alegre dos Campos, RS.

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

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

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

Neste indicador 100% dos usuários faltosos a consulta receberam busca ativa, sendo 27 no primeiro mês, 28 no segundo mês e 45 no terceiro mês, foram procurados em busca ativa.

Trabalho desenvolvido em sua maioria pelas ACS, dando seus resultados positivos ao projeto.

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

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

Neste indicador 100% dos usuários cadastrados que foram faltosos à consulta receberam busca ativa, 15 no primeiro mês, 14 no segundo mês e 21 no terceiro mês, sendo desenvolvido esse trabalho pelas ACS, conseguindo que todos fossem avaliados em consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Ao início do projeto não tínhamos no posto de saúde nenhuma fonte de dados para desenvolver o trabalho. Só com os agentes comunitários de saúde, desenvolvendo o recadastramento da população, conseguimos elevar as informações. Dispomos agora de uma base de dados, a qual vai favorecer trabalhos posteriores. Ainda não temos E-SUS, mas sabemos que ajudará ainda mais, para o seguimento de cada usuário, pois registrará no prontuário eletrônico cada consulta, incluindo o tratamento e exames feitos. Por isto acreditamos que o registro de informações melhorará muito com a chegada do E-SUS.

Foram garantidos as ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, nossa equipe trabalho fortemente, e conseguimos fazer o trabalho.

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

Metas 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Neste indicador atingimos a meta de 100% nos meses de desenvolvimento da intervenção. A determinação dos usuários hipertensos com fatores de risco cardiovascular foi fundamental para evitar complicações a curto, médio e longo prazo, em dependência do estado de saúde do usuário. Foi muito importante que cada usuário pudesse conhecer seus riscos e como evitá-los.

Metas 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

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

Para os usuários diabéticos também atingimos a meta de 100%. A determinação dos usuários diabéticos com fatores de risco cardiovascular foi fundamental para evitar complicações a curto, médio e longo prazo, em dependência do estado de saúde do usuário. Foi muito importante que cada usuário pode conhecer seus riscos e como evitá-los, para isso determinamos a classificação de cada um.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1 e 6.2: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre alimentação saudável.

Em todas as consultas os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Indicador 6.3 e 6.4: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em todas as consultas foram dadas as orientações aos usuários sobre a prática regular de atividade física e com o apoio da equipe NASF nas reuniões do grupo.

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

Indicador 6.5 e 6.6: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Nas consultas foram orientados todos sobre o risco do tabagismo, com apoio da equipe NASF no grupo levou a uma melhor compreensão sobre os riscos, levando orientações, inclusive com a ajuda do psicólogo em conjunto com o médico.

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

Indicador 6.7 e 6.8: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Todos receberam orientações sobre higiene bucal nos atendimentos feitos na consulta médica e na consulta da odontóloga.

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre diversos temas como: hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como fatores iniciantes para aparição das complicações em órgãos alvo e sua importância na prevenção destes. Foram orientados sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso. Percebemos que os usuários e familiares ficaram muito atentos durante as atividades realizadas, perguntaram dúvidas, e agradeceram pelo apoio da equipe da saúde e atenção prestada.

4.2 Discussão

O processo de intervenção na UBS Monte Alegre dos Campos, RS contribuiu com a ampliação da cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos, na melhoria da qualificação da atenção, na acessibilidade dos usuários à UBS e na melhoria dos registros e controles. A equipe também conseguiu informar a população sobre a existência do projeto e realizar o engajamento da mesma na intervenção.

A equipe de nossa UBS conseguiu primeiramente estabelecer a prioridade nos atendimentos destes usuários, ação que não estava implantada até o momento da escolha do tema do projeto de intervenção. Além disso, realizou-se o exame

clínico apropriado de acordo com o protocolo, incluindo exame dos pés com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pés, e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos, o que permitiu garantir uma atenção de qualidade a esses, prevenindo e/ou detectando os fatores de risco presentes neles. Foram indicados os exames complementares de acordo com o protocolo e avaliados depois para ver se tinham sido realizados e seus resultados para futuras condutas e mudanças no estilo de vida e tratamentos, melhorando o cuidado individual e cumprindo com a integralidade. Os usuários também foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis, a necessidade de prática de atividade física regular para que possam ter mais autonomia quanto a sua saúde, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

Todos os usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus foram informados sobre a existência dos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia e sobre a possibilidade de eles usarem esses medicamentos pela acessibilidade e menor custo. Dessa forma conseguimos que alguns usuários trocassem o tratamento antigo para estes medicamentos do programa, o que promoveu a continuidade do tratamento e, por consequência, um melhor controle da doença. Embora de que ainda tem alguns usuários que fazem acompanhamento com especialistas privados e não querem usar os medicamentos disponibilizados na farmácia popular.

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

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

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

As ações de promoção de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos foram realizadas em sua totalidade na área de abrangência. Com essas ações obtivemos mudanças que melhoraram o bem-estar e ajudaram no controle das doenças de alguns usuários. As ações mais importantes desenvolvidas no projeto foram os referentes à orientação nutricional sobre hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física regular, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias).

O projeto exigiu da equipe a realização de diferentes capacitações segundo o preconizado pelo protocolo do Ministério de Saúde, relacionadas com a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização no tratamento de HAS e DM, verificação da pressão arterial e realização do Hemoglicoteste. Todas estas ações de capacitação levaram ao trabalho integrado dos profissionais da equipe, o que contribuiu para a melhoria da adesão da equipe, assim como o enriquecimento profissional de cada um dos integrantes. Além disso, favoreceu na qualidade dos atendimentos destes usuários e nas relações entre os membros da equipe e a população alvo.

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

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

Apesar de ter atingido uma grande parte da meta pactuada no começo, ainda temos um grupo considerável destes usuários que não estão fazendo o acompanhamento na UBS. O que constitui um objetivo a ser alcançado, já que a intervenção finalizou, mas as ações já fazem parte da rotina do nosso serviço e continuarão a fazer parte do mesmo.

Com a finalização do projeto percebo que mudamos para uma equipe com um nível de interação e adesão muito bom, com entusiasmo nas atividades que desenvolve no dia a dia. Sabemos que teremos condições de superar algumas das

deficiências apresentadas no desenvolvimento do projeto, pois contamos com as ferramentas necessárias para isso, uma equipe disposta a trabalhar em união.

Para satisfação de nossa equipe e da comunidade, depois de meses de luta já vai poder contar nossa UBS com cinco agentes comunitários que vai atingir uma área da comunidade, ainda não está funcionando nossa UBS como ESF, mas já estamos mais perto de esse logro, e com isto vai melhorar cada dia mais a Atenção da saúde de nossa população e com isto melhorar mais a qualidade de vida de nossa comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Ao longo de 12 semanas, realizou-se, nos meses de abril a julho de 2015, a intervenção na saúde do usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na UBS Monte Alegre. Sendo a HAS e DM uns dos principais problemas de saúde do todo mundo, são também uns dos principais problemas no nosso serviço, principalmente pelos fatores de risco associados (obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares não saudáveis e álcool) e tão presentes na nossa população. Aqui a maioria dos usuários não tem estratificação de risco cardiovascular porque não se tinha um correto acompanhamento.

A população vinculada à equipe é de 3.200 habitantes residentes na área de abrangência e segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS a estimativa do número de Hipertensos residentes na área era de 487 e 120 usuários Diabéticos. Com a intervenção, 218 Hipertensos e 84 Diabéticos foram acompanhados, representando uma cobertura de 44,8% e 70% respectivamente.

Antes da intervenção nossa equipe realizava atendimento de forma prioritária a estes usuários, mas com a intervenção ficou implantada como uma prioridade ainda maior. Alcançaram-se resultados positivos em relação à cobertura e qualidade dos atendimentos dos usuários na UBS, com a participação de todos os membros da equipe. As pessoas que participaram do projeto se encontram satisfeitas com os atendimentos ofertados pela nossa equipe de saúde. Na UBS foi possível atualizar o cadastro e os registros da população com HAS e DM, foram realizadas as atividades segundo o preconizado no protocolo disponibilizado no município. Foi possível manter uma atualização dos exames aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, avaliar os tratamentos para estas

duas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular/ Hipertensão e deste modo manter um melhor controle destas doenças tão frequentes na nossa população.

Também ao avaliar os fatores de riscos, orientamos a importância de aderir aos hábitos mais saudáveis para uma melhor qualidade de vida. Foi possível chegar até as comunidades do interior com nossa intervenção. Assim como avaliar todos os usuários com exame clínico, laboratoriais e os que tinham necessidade de atendimento odontológico.

Recebemos grande apoio por parte da gestão, como a prioridade na marcação dos exames complementares o que favoreceu na atualização dos dados em cada usuário que participou da intervenção. Aspecto que ainda temos que melhorar para completar os exames de todos os usuários de nossa intervenção, mas contamos com o apoio de nossa secretaria de Saúde e com certeza em um curto período de tempo vamos atingir nossa meta. Também foi um grande apoio a disponibilização de transporte para as visitas no interior do município. Constituiu para nós os integrantes da equipe uma grande alegria ver como os familiares dos usuários se interessam em conhecer e inserir seus parentes aos acompanhamentos na UBS, e o mais importante é que a intervenção já forma parte de nossa rotina dos atendimentos.

Nosso projeto está modificando a visão dos profissionais da equipe em relação ao manejo dos usuários Hipertensos e Diabéticos, outros pontos positivos e benefícios para a população em geral, foram às facilidades dos atendimentos, fortificação da relação equipe-comunidade e melhor controle das doenças. Enquanto aos aspectos que devem ser melhorados para manter a intervenção, é o transporte para o deslocamento da equipe ao interior para manter os atendimentos nessas comunidades e as visitas aos usuários que moram, mas longe.

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

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da UBS Monte Alegre,

Durante o desenvolvimento das atividades na Unidade Básica de Saúde Monte Alegre dos Campos, realizamos uma intervenção no período de 12 semanas, de abril a julho de 2015, a fim de qualificar o atendimento a os usuários Hipertensos e Diabéticos, de nossa comunidade. Temos uma quantidade de 3.200 usuários residentes na área de abrangência da UBS, e de acordo com o cadastro feito pelos ACS e nossa equipe, temos 487 Hipertensos e 120 diabéticos.

Primeiramente foi possível organizar a agenda do dia a dia para contar com um turno de atendimento específico para os usuários. Além disso, se conseguiu organizar o acolhimento dos usuários na UBS. Questões que contribuíram na melhoria da qualidade dos atendimentos, os quais são realizados segundo os parâmetros estabelecidos nos protocolos de atenção á os usuários Hipertensos e Diabéticos, do Ministério de Saúde.

Outra conquista foi à adesão da equipe e o desenvolvimento de um trabalho em união, o que favoreceu positivamente a qualidade na atualização dos atendimentos á os usuários. Com a ajuda dos ACS se atualizou o cadastro de todos os usuários Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência e se conseguiu incorporar uma grande porcentagem deles no acompanhamento na UBS. Foi possível também incorporar muitos usuários das comunidades do Interior. A cobertura do programa foi ampliada com a intervenção. Segundo o estabelecido no protocolo foi possível manter uma atualização dos exames aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Também foi possível avaliar os tratamentos para estas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia popular/hiperdia, e deste modo, manter um melhor controle das duas doenças.

Todos os usuários acompanhados no programa foram avaliados quanto aos fatores de risco. E a equipe orientou quanto a importância da adesão de hábitos de vida saudáveis.

É do conhecimento da comunidade em geral, a existência do programa de atenção a os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS. Cujas ações realizadas durante a intervenção, foram incorporadas na rotina do serviço.

Nosso projeto está modificando a visão dos profissionais da equipe em relação ao manejo dos usuários. Outros pontos positivos e benefícios para a população em geral, foram às facilidades dos atendimentos, fortificação da relação médico-usuário e melhor controle deste importante grupo.

Durante estas 12 semanas não foi possível cadastrar e acompanhar todos os usuários Hipertensos e Diabéticos da área. De um total de 487 Hipertensos cadastrados conseguimos acompanhar no projeto 238 (48,8 %) e de 120 Diabéticos cadastrados conseguimos acompanhar 91 para um 75,8 %. Continuamos trabalhando na busca ativa dos usuários para garantir que todos sejam acompanhados pela UBS.

Constituem para nós, os integrantes da equipe de saúde, uma grande satisfação ver como os familiares dos usuários se interessam em conhecer e inserir nos acompanhamentos na UBS. O apoio dado pela comunidade, participando do grupo de usuários Diabéticos e Hipertensos, juntamente com as lideranças comunitárias; na divulgação deste projeto pela rádio comunitária, e a parceria com o Conselho Municipal de Saúde, foram imprescindíveis para obter estes resultados. Para tal, reforçamos a importância do trabalho em conjunto com a comunidade, equipe e gestão. A fim de continuar com as melhorias na assistência à saúde em nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família foi uma experiência maravilhosa para mim. Ao longo das doze semanas de desenvolvimento de nosso projeto de intervenção, realizado na unidade básica de saúde de família do município de Monte Alegre dos Campos, com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos na área de abrangência, temos realizado um trabalho muito importante e proveitoso para o bem-estar de nossa comunidade. Ao princípio pensei que iria ser mais difícil, mais sempre contei com ajuda e apoio de minha equipe de trabalho, do gestor e da comunidade em geral, todos gostaram muito desta proposta. Trabalhamos todos em conjunto, ainda que os resultados não forem os que esperávamos, mas conseguimos ampliar muito a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos, mas sabemos que agora com a implementação da ESF em minha UBS se chegará a cumprir com a meta proposta na cobertura dos usuários hipertensos e Diabéticos, porque continuaremos cadastrando mais usuários.

O curso de especialização constituiu um apoio educacional e instrutivo em minha prática profissional aqui no Brasil, tem oferecido muitas ferramentas e esclarecido algumas dúvidas que surgem em nossa prática diária, nos tem oferecido casos clínicos muito frequentes nas consultas, nos tem enriquecido nosso conhecimento sobre os diferentes protocolos das múltiplas doenças aqui no Brasil, além disso de ajudar a melhorar nosso português. Através do curso temos realizado este trabalho de intervenção, pusemos em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público, melhorando com isto a atenção e qualidade dos atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos.

Não posso deixar de dizer que contei também ao longo do curso com o apoio incondicional da orientadora, a qual sempre estive disposta a ajudar com muito carinho, e paciência, corrigindo meus erros, participando a distância, mais sempre presente em cada atividade. Todo o aprendido no curso foi muito interessante, a qual sempre levarei comigo como uma experiência única, maravilhosa e inesquecível, pois nunca antes tinha participado de um curso a distância.

Referências

Protocolo os Cadernos n 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013. Pág. 19 (1)

Protocolo os Cadernos n 36 Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, respectivamente, publicados em 2013. Pág. 35 (1)

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante