

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade de Saúde da Família Paraíso do Sul, Paraíso do Sul/ RS**

Janet Artigas Pérez

Pelotas, 2015

Janet Artigas Perez

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade de Saúde da Família Paraíso do Sul, Paraíso do Sul/ 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: Rogéria Amaral dos Santos

Pelotas, 2015

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

P438m Perez, Janet Artigas

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade de Saúde da Família Paraíso do Sul, Paraíso do Sul/ RS / Janet Artigas Perez; Rogéria Amaral Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 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. Santos, Rogéria Amaral Dos, orient. II. Título

CDD : 362.1499

À minha família:

Pelo esforço, carinho, apoio constante, por seu amor e compreensão apesar da distância.

Agradecimentos

Agradeço a meu gestor e minha equipe de trabalho por seu apoio, a minha supervisora por seus elogios, conselhos e dedicação, a minha orientadora da UFPEL pelo apoio incondicional e suas orientações, as quais me serviram de superação.

Resumo

PÉREZ, Janet Artigas. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade de Saúde da Família Paraíso do Sul, Paraíso do Sul/RS.** 2015. 94 f. (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

O Ministério da Saúde apresenta os eixos de atenção à saúde para orientar os profissionais da Estratégia Saúde da Família e para que desta forma estabeleçam o cuidado a grupos prioritários. Dentre estes, destacam-se a hipertensão arterial e o diabetes, que além de ser um grave problema de saúde pública, são fatores de risco para diversas outras patologias. Este trabalho apresenta os resultados de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Paraíso do Sul/RS. O objetivo foi melhorar a atenção de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos em Paraíso do Sul, propor e conduzir a educação destes usuários para uma atitude positiva de promoção à saúde. Foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: a) monitoramento e avaliação; b) organização e gestão do serviço; c) engajamento público; d) qualificação da prática clínica. Os dados foram coletados a partir de uma ficha-espelho produzida para a intervenção e os indicadores digitados em uma planilha de coleta de dados. Participaram da intervenção 657 (58,7%) usuários com hipertensão e 237 (85,9) com diabetes e as ações foram desenvolvidas em 12 semanas, no período de abril-julho 2015. Quanto à estruturação do serviço para o atendimento destes usuários existe protocolo para a atenção do hipertenso e diabético e registro específico para este atendimento. A intervenção atingiu uma cobertura de 58.7% dos hipertensos e 85.9% dos diabéticos. Em relação aos exames clínicos, 444 (86.5%) dos hipertensos e 150 (86.1%) dos diabéticos tiveram seus exames em dia de acordo com o protocolo, nos exames complementares, 568 (86,5%) dos hipertensos e 204 (86,1%) dos diabéticos tiveram os exames complementares em dia, em relação à estratificação do risco cardiovascular, 444 (67,6%) dos hipertensos e 150 (63,3%) dos diabéticos tiveram a estratificação do risco cardiovascular. Todos os usuários faltantes nas consultas receberam busca ativa, bem como o recebimento das orientações referentes à promoção da saúde. Esses dados refletiram significativamente na melhoria da qualidade do atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes na unidade de saúde em questão.

Palavras-chave: atenção primária em saúde; saúde da família; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus, saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	57
Figura 2	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	58
Figura 3	Gráfico de Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	59
Figura 4	Gráfico de Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	60
Figura 5	Gráfico de Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	61
Figura 6	Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	62
Figura 7	Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular \ Hiperdia priorizada.	63
Figura 8	Gráfico de Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular \ Hiperdia priorizada.	64
Figura 9	Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	65
Figura 10	Gráfico de Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	66
Figura 13	Gráfico de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	67
Figura 14	Gráfico de Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	68
Figura 15	Gráfico de Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	69
Figura 16	Gráfico de Proporção de diabéticos com estratificação de risc cardiovascular por exame clínico em dia.	

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

APS	Atenção Primária a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia em Saúde da Família
FAHD	Ficha de acompanhamento hipertenso e diabético.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	09
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	43
2.3.4 Cronograma.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	53
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados.....	54
4.2 Discussão	73
5 Relatório da intervenção para gestores	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências	83
Apêndices.....	84
Anexos	88

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a qualificação da atenção aos usuários portadores com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Paraíso do Sul, no município de Paraíso do Sul, no estado Rio Grande do Sul. Foi desenvolvido em 12 semanas, no período de abril- julho do ano 2015.

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

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

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade serão apresentados na seção cinco e seis.

Na seção sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma unidade de saúde “tradicional”, com reformas, chamada Unidade de Saúde Paraíso do Sul, localizada na área central da cidade. Possui atendimento médico em dois turnos, manhã e tarde, até às 17h (dezesete horas). A equipe de trabalho está conformada por três médicos gerais ou da família: dois brasileiros e uma médica cubana, duas licenciadas em enfermagem, oito técnicas de enfermagem cinco trabalham em Pronto Atendimento e uma trabalha no programa de vacina, dois médicos odontólogo, uma farmacêutica e dois técnicos em farmácia, uma psicóloga que assiste duas vezes por semana, uma medica ginecologista que fornece consulta uma vez por semana, um médico pediatra que assiste dois vezes por mês, e pessoal de administração o qual cumpre com múltiplas função. Um importante problema que temos em nossa UBS e que não contamos com agente comunitário um recurso humano muito importante para o trabalho com a comunidade porque o mesmo facilita a comunicação com a mesma ajudando ao médico no cadastramento e pesquisai de pessoas com doenças crônica, lactantes, grávidas e outros grupos de riscos como adolescentes e idosos para que assim o médico possa trabalhar com a prevenção e promoção ,e de esta forma poder fazer uma melhor dispensação de nossa população. Para à atenção da população minha UBS encontra-se bem estruturada, os usuários são atendidos todos os dias da semana nos dois turnos e se fazem visitas domiciliárias, outro problema que eu acho e com respeito com o agendamento dos doentes porque em minha UBS o agendamento dos usuários se faze em fichas e se escrevem nas fichas e nos prontuários médicos e já temos conhecimento que em outras UBS contam com um programa de informatização

muito desenvolvido que permite que os prontuários dos doentes já fiquem no sistema e podem ser olhados por outro médico e pelo enfermeiro, esse programa facilita e melhora nosso trabalho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Paraíso do Sul situa-se na região Centro do Rio Grande do Sul. Há uma população de 7365 habitantes, a principal atividade econômica é a agricultura.

Contamos com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional. Não temos apoio do Núcleo de Apoio à Saúde Família (NASF). Não contamos com disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em nosso município, os usuários são encaminhados para o município de Santa Maria.

Conta-se também com um Hospital e outra UBS na vila Paraíso do Sul, temos atendimento clínico de especialista em pediatria que atende uma vez ao mês. Os usuários que precisam de outro atendimento e as emergências são encaminhados para o município de Santa Maria. A UBS funciona de segunda à sexta, das 8:00 às 17:30 horas. Também são realizados atendimentos e visitas domiciliares. Temos disponibilidade de exames complementares.

Nossa UBS é urbana e está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a prefeitura do município. A equipe está composta por três médicos, uma nutricionista, uma especialista em ginecologia, uma psicóloga, seis motoristas, duas enfermeiras, oito técnicas de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem, dois odontólogos, uma farmacêutica, duas auxiliares em farmácia, uma funcionária de limpeza, uma assistente social e uma recepcionista.

Quanto à estrutura, nossa UBS se encontra em processo de ampliação, está bem estruturada, mas não contamos com salão de reunião. Em sua estrutura, possui sala de recepção, dos consultórios médicos, uma com os equipamentos necessárias para fazer a consulta de ginecologia, um consultório de psicologia, sala de vacina, farmácia, salão para guardar os medicamentos, sala de triagem, sala para procedimentos de enfermagem, sala de nebulização, sala de odontologia, uma sala de observação, estacionamento da ambulância, três banheiros e cozinha, os escritórios da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) estão anexos na UBS.

Todos os locais de a UBS são claros e com bastante luminosidade natural, dispõem de janelas, possibilitando a circulação de ar e a ventilação adequada. As paredes são laváveis e o piso é liso, firme, estável e antiderrapante para que não provoque trepidação em dispositivos com rodas. Precisamos de rampas que permitam o acesso de pessoas deficientes e com limitações. Temos cadeiras de rodas à disposição dos usuários. Precisamos também de banheiro especial para os deficientes. Podemos avaliar que nossa UBS reúne quase todas as condições para atendimento de saúde à população segundo consta no Manual de estrutura física das UBS e sobre barreiras arquitetônicas.

A área de atuação de nossa equipe tem uma população de 7365 habitantes. Em minha UBS o principal problema é que não contamos com agentes comunitários, que são profissionais muito importantes e necessários para nosso trabalho, pois eles têm contato direto com a comunidade, fazem mapeamento da área de atuação, identificam os principais problemas de saúde e identificam grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, assim como sinalização dos equipamentos sociais. Também são de grande apoio para o médico e enfermeira nas diferentes atividades de promoção. Por tudo isso é importante contar com os mesmos em a UBS.

Os profissionais de nossa UBS realizam cuidados à saúde da população da área de abrangência no domicílio e nas escolas. Realizamos atendimentos de urgência e emergência. 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 e atendimento em serviços de pronto atendimento. Fazemos acompanhamento do plano terapêutico proposto para o usuário. Acompanha-se também o usuário em situação de internação domiciliar. As notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis também são feitas pelo médico e enfermeiro, mais todos os profissionais são envolvidos na busca ativa de doenças e agravos. Realizamos atividades de grupo aonde se vêm envolvidos quase todos profissionais. As estratégias coletivas usadas são palestras, promoção de atividades física e esportivas.

As atividades são dirigidas fundamentalmente a diferentes grupos específicos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, idosos, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, puericultura e saúde da mulher. São desenvolvidas no âmbito domiciliar e nas escolas. 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 posto de trabalho fazendo que os materiais e insumos sejam mais duradouros para assim poder ter disponibilização de medicamentos todo o mês e com isso obter um melhor trabalho da equipe e fornecer bom atendimento aos usuários.

Nossa equipe se reúne a cada três meses, onde são analisadas todas as questões que ajudam no melhor desenvolvimento do nosso atendimento e de trabalho. Analisam-se também as dificuldades e discutimos propostas para superá-las, pois a APS tem sempre um impacto positivo nas comunidades.

Em minha UBS a população de área de abrangência é de 7365 pessoas. O número de equipe não é adequado ao tamanho da população, porque só temos uma equipe, e o número de profissionais na equipe também não é adequado, já que temos três médicos por equipe e o protocolo Ministerial preconiza um médico, um enfermeiro e ACS. Não temos informações sobre o perfil demográfico por sexo e faixa etária, pois os dados ainda não estão digitados no sistema. No próximo ano já teremos tais dados.

Na minha UBS o processo de atendimento se faz em uma sala de acolhimento. Os usuários são recebidos na UBS por uma recepcionista que preenche a ficha de agendamento com os dados gerais do usuário. Após isso, é realizado a escuta inicial por um técnico de enfermagem ou enfermeira, que verifica os sinais vitais e encaminha para o médico. Há sempre dois médicos atendendo em cada turno e o acolhimento do usuário sempre se faz nos dois turnos.

Muitas vezes os usuários não procuram consultas médicas e sim fazer vacinas, pegar remédios ou marcar para a realização de exames e são atendidos por qualquer outro profissional da unidade.

Não temos quantidade específica de atendimento por médico porque geralmente não temos excesso de demanda. Os usuários são atendidos nas consultas tanto por problemas de saúde agudos quanto por seguimento de doenças crônicas. Quando os usuários solicitam consultas e estão com problemas de saúde agudo seu atendimento é de imediato, fornecendo assim uma boa e rápida atenção para evitar complicação nos usuários.

É atendida a população na área de cobertura e fora de cobertura. Todos os usuários que chegam são escutados atendendo a avaliação de risco biológico e vulnerabilidades para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Logo são procuradas as fichas e realizada a triagem por outro profissional para encaminhar o atendimento procurado pelo usuário.

Minha área de abrangência tem 50 crianças menores de um ano (57%), o que não corresponde com a estimativa do Caderno, pois devemos ter 88. Temos 60 gestantes que representam 60% e devemos ter 110 gestantes. Essa diferença deve-se ao fato de que a população total de nossa comunidade ainda não está cadastrada, porém já estamos trabalhando para pesquisar todas as grávidas da comunidade.

Em relação ao atendimento às crianças, em nossa UBS realiza-se atendimento pelo médico e enfermeiro, e pela médica pediatra que é contratada pela prefeitura. Há também atendimento para crianças de até 72 meses de idade.

O enfermeiro, o médico geral, o médico pediatra e a família são os responsáveis por sua avaliação através da puericultura. As crianças são avaliadas pelo pediatra, que fornece consulta duas vezes ao mês. Porém, acredito que se precisa de melhor planejamento e organização do cadastramento de todas as crianças menores de 1 ano e melhor programação e organização das consultas agendadas, pois de acordo o total de nossa população devemos ter 88 crianças menores de 1 ano e temos apenas 50 cadastradas. Após a regulamentação dos cadastros poderemos proporcionar uma melhor atenção às crianças e elevar a qualidade de vida.

As ações desenvolvidas no cuidado à 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, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. O teste do pezinho até 7 dias, triagem auditiva e as vacinas se faz em 100% nos menores de um ano.

Utilizam-se classificações para identificar crianças de alto risco 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 na puericultura são registrados em prontuários clínicos, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas. O registro do atendimento da puericultura costuma ser revisado mensalmente com a finalidade de verificar as crianças faltosas, completude de registro, 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 das crianças, 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 minha UBS este presente o programa de atenção pré-natal e puerpério. As grávidas são avaliadas pelo médico clínico geral ou de família, médico gineco-obstetra que fornece consulta uma vez na semana, odontólogo, psicóloga, enfermeiro e técnico de enfermagem de acordo o protocolo estabelecido, e supervisionado por uma enfermeira. Porém, acredito que se precisa de uma melhor reestruturação, planejamento e programação para elevar a qualidade de atenção às mesmas. Não temos registro de 100% das grávidas, que de acordo com nosso total de população deve ser de 110 grávidas, mas só temos registradas 60. E isso se deve ao fato de não termos registrado a população total de nossa comunidade, mas já se está trabalhando para pesquisar todas as grávidas da comunidade.

Quando apresentam um problema de saúde agudo são atendidas, mas não existe excesso de demanda das gestantes para atendimentos de problema de saúde agudos, as ações desenvolvidas no cuidado às gestantes são encaminhadas à promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas, saúde bucal, saúde mental, planejamento familiar, imunizações, controles dos cânceres do colo do útero e mama, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal e saúde mental, além de utilizar a avaliação e classificação do risco gestacional mediante protocolos para regular o acesso das gestantes 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 gestantes são registrados em prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas, o registro dos atendimentos às gestantes costuma ser revisado mensalmente, com a finalidade de verificar gestantes faltosas, completude de registro, identificar gestantes em data provável de parto e com pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa. Esta revisão é realizada por enfermeiro e pelo médico clínico geral ou de família e médico ginecologista.

Quando se realiza o atendimento pré-natal os profissionais solicitam a carteirinha pré-natal e preenchem as informações atuais, conversam com a gestante sobre alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, chamam atenção para data da próxima vacina, recomendam que a gestante realize avaliação de saúde bucal na gravidez, conversam com a gestante sobre as práticas de promoção de aleitamento materno, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre a promoção da atividade física, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós-parto, além de falar sobre a importância de que realize revisão puerperal até 7 dias de pós-parto e revisão puerperal entre 30-42 dias pós-parto.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama em nossa UBS são realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura e de prática regular da atividade física, são feitas ações que orientem sobre os maléficos do consumo excessivo de álcool, também são realizadas ações de educação da mulher para reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e de rastreamento do câncer de mama (exame clínico de mamas e/ ou solicitação de mamografia), realizados todos os dias da semana e em todos os turnos.

O tipo de rastreamento do câncer de mama utilizado é oportuníssimo já que se realiza a todas as mulheres que chegam à UBS. Em todas as mulheres que são realizadas as ações de rastreamento do câncer de mama, os profissionais investigam os fatores de risco de câncer, e nos últimos três anos foram identificadas, com mamografia alterada, apenas 22 mulheres e destas nenhuma teve perda de

seguimento. Isso fala a favor de uma boa prevenção, educação e promoção por parte de nossos profissionais. Todas as mulheres recebem orientação em nossas consultas sobre o uso de preservativo em todas as relações sexuais e está disponibilizado na recepção e na farmácia preservativos para o usuário que desejem e materiais em murais para facilitar a leitura dos mesmos, promovendo o uso da camisinha e sua importância, também sobre alimentação saudável, tabagismo, uso de drogas e álcool.

Em nossa UBS os resultados das mamografias são registrados no prontuário clínico, livro de registro geral e formulário especial. Também são realizados planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa pelo médico e enfermeiro, e são utilizados os protocolos estabelecidos pelo Ministério.

Em nosso processo de trabalho poderiam ser melhorados os aspectos de divulgação da importância de uma detecção precoce de qualquer sintoma do câncer. Além disto, é muito importante continuar nosso trabalho, no dia a dia, aumentando as ações para prevenir tão grave doença, fazendo busca ativa de todas as mulheres entre 50 e 69 anos mediante as visitas domiciliares e consultas, apoiadas pelo médico e enfermeiros, fazendo conversas sobre a importância de realizar o autoexame de mama. Todos os integrantes da equipe ajudam neste programa aproveitando seu contato com as mulheres e fazem ações de promoção, prevenção e rastreamento do câncer de mama.

Em minha USB são atendidos os usuários com hipertensão arterial todos os dias da semana, nos dois turnos. Eles são avaliados pelo enfermeiro, médico clínico geral ou de família, nutricionista, odontólogo e técnico /auxiliar de enfermagem. Temos uma estimativa de 1120 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial. Temos um baixo índice de cadastramento das pessoas com hipertensão arterial. No caso dos usuários hipertensos os indicadores de qualidade estão baixos: com exames complementares em dia 55%, atraso das consultas agendadas o 46%, realização de estratificação do risco cardiovascular 52%, avaliação da saúde bucal 38%, orientação sobre a prática de atividades físicas regulares e alimentação saudável 78%.

Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e em ficha espelho de vacina. Precisa-se de melhor organização e planejamento nas programações das consultas, para assim poder avaliar periodicamente os doentes, porque eles são

atendidos quando pressentem algum sintoma, mas isso só pode ser possível fazendo um completo cadastramento de toda a população com essas doenças. Contudo, já estamos trabalhando na organização e programações das consultas e cadastramento de todas as pessoas hipertensas de nossa comunidade.

Também são realizados atendimentos de adultos portadores de Diabetes Mellitus todos os dias, nos dois turnos, sendo executados pelo enfermeiro, médicos, nutricionista, odontólogo e técnico /auxiliar de enfermagem. Temos uma estimativa de 276 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes Mellitus. Temos um baixo índice de cadastramento das pessoas diabéticas de nossa comunidade, mas já estamos trabalhando nisso. No caso dos usuários diabéticos os indicadores de qualidade estão baixos: com exames complementares em dia 77%, atraso das consultas agendadas o 55%, realização de estratificação do risco cardiovascular 52%, com exames físico dos pés nos últimos 3 meses 58%, com a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses 55%, avaliação da saúde bucal 46%, orientação sobre a prática de atividades físicas regulares e alimentação saudável 88%.

Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e em ficha espelho de vacinas, além de fornecer orientação sobre como manter sua doença compensada com uma boa alimentação saudável, com um bom cuidado dos pés e cuidado de saúde bucal.

Em minha UBS é realizado atendimento de pessoas idosas todos os dias da semana. O total de pessoas idosas está adequado a nossa realidade, de acordo o indicador de cobertura e total de população de nossa comunidade, isso porque as pessoas idosas são maioria em nossa comunidade. Os usuários idosos são avaliados pelo médico clínico ou geral, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogo, psicólogo e nutricionista majoritariamente. São atendidos nas consultas todos os dias, nos dois turnos, e também em suas residências mediante visitas domiciliares quando não podem se locomover à unidade por conta de alguma doença.

Quando precisam atendimento por enfermeiro ou médico por estar com problemas de saúde agudo, o atendimento é de imediato fornecido, com uma boa e rápida atenção. Não temos excesso de demanda dos atendimentos de problemas agudos de saúde de pessoas idosas. Avaliando os indicadores de qualidade

percebemos que: temos uma baixa porcentagem de pessoas idosas que tem a caderneta de idosos, ferramenta muito importante, que nos permite preencher dados que servem de ajuda para o seguimento e controle.

São desenvolvidas diferentes atividades no cuidado aos idosos: 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.

Na minha UBS os profissionais utilizam também os protocolos para regular o acesso destes usuários a outros níveis do sistema de saúde, encaminhamento para atendimentos nas especialidades, para internação hospitalar, serviços de pronto-socorro e para atendimento em pronto socorro.

Não temos arquivo independente para os registros dos atendimentos dos idosos, o que torna difícil procurar dados e ter controle de todos os idosos e suas características particulares. Os profissionais de saúde avaliam a capacidade funcional global do idoso por ocasião 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.

Esta é a situação geral da minha UBS: para garantir melhor qualidade de saúde destas pessoas e melhor qualidade dos atendimentos, temos que continuar trabalhando nos atendimentos agendados destes usuários para ter melhor controle dos indicadores de fragilização, bem como fazer um arquivo específica dos atendimentos nas consultas, para ter um bom sistema de dados destes usuários e para avaliar usuários faltosos, completude do registro, idosos de risco, qualidade do atendimento e procedimentos em atrasos.

Temos que continuar trabalhando nas atividades com todos os profissionais da unidade para reforçar o preenchimento das cadernetas, assim como a avaliação geral desta faixa etária. Trabalhando juntos podemos fazer muitas ações para melhorar o atendimento à saúde deste grupo de pessoas que precisam de um atendimento diferenciado e fornecer assim uma ótima qualidade de atenção de saúde.

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

Fazendo uma comparação do primeiro texto da situação da minha UBS e o relatório, ficam claros exemplos das mudanças que minha unidade apresentou. Agora temos um texto mais completo, minucioso, que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela minha equipe na rotina diária à medida que foram preenchidos os questionários. De forma geral, durante este período os aspectos avaliados nos questionários foram refletidos, abordados e levados à comparação com os Cadernos de Ações Programáticas (CAP). Ainda temos muitos desafios a enfrentar para firmar mudanças em função da saúde da população, e para isso acontecer, todos irão trabalhar com muita dedicação.

Em minha UBS o melhor recurso é a boa vontade de toda equipe para trabalhar. Estão sempre dispostos ao trabalho e abertos às mudanças, buscando a melhoria das condições de saúde da população de nossa comunidade, para fornecer assim, uma ótima atenção de saúde e proporcionar uma alta qualidade de vida de nossa população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática que eu escolhi como foco de minha intervenção é atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes. Eu escolhi esta ação programática porque são duas doenças crônicas não transmissíveis muito frequentes no mundo e na população brasileira, preveníveis, onde o diagnóstico se faz mais frequente na Atenção Primária Saúde (APS), onde através de nossas ações de promoção e prevenção podemos modificar os fatores de riscos. Ademais, se as mesmas não são diagnosticadas e tratadas a tempo podem levar a complicações graves, por isso com um bom seguimento destes usuários, segundo aos protocolos estabelecidos, pode-se diminuir consideravelmente os índices de complicações e de mortalidade dos usuários por estas doenças. Devemos também ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão e diabetes (BRASIL, 2013)

Contamos com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, situada em área urbana e vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a prefeitura do município. Conta-se com um hospital público e outra UBS na Vila Paraíso do Sul. Temos atendimento clínico de especialista em pediatria uma vez ao mês. A equipe está composta por três médicos, uma nutricionista, uma especialista em ginecologia, uma psicóloga, seis motoristas, duas enfermeiras, oito técnicas de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem, dois odontólogos, uma farmacêutica, duas auxiliares em farmácia, uma funcionária de limpeza, uma assistente social e uma recepcionista. Quanto à estrutura, nossa UBS é urbana e encontra-se em processo de ampliação. Está bem estruturada, mas não contamos com salão de reunião. Possui sala de recepção, dois consultórios médicos, um com todo o equipamento necessário para fazer a consulta de ginecologia (maça ginecológica), um consultório

de psicologia, sala de vacina, farmácia, salão para guardar os medicamentos, sala de triagem, sala para procedimentos de enfermagem, sala de nebulização, sala de odontologia, uma sala de observação, estacionamento das ambulâncias, três banheiros e cozinha, e os escritórios da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que estão anexos à UBS. A área de atuação de nossa equipe tem uma população de 7365 habitantes. Temos uma estimativa de 1120 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial. Temos uma estimativa de 276 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes Mellitus.

O atendimento destes grupos é realizado todos os dias nos dois turnos, onde participam a maioria dos integrantes da equipe: enfermeiros e técnicos de enfermagem, médico clínico geral, odontólogos, psicólogo e outros membros seguem as atividades e necessidades, conforme protocolo do Ministério da Saúde (MS). Todos os usuários que chegam são escutados, atendendo à avaliação de risco biológico e vulnerabilidades para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Não temos quantidade específica de atendimento por médico, porque geralmente não temos excesso de demanda. Os usuários são atendidos nas consultas tanto por problemas de saúde agudos quanto por seguimento de suas doenças crônicas. Quando os usuários solicitam consultas e estão com problemas de saúde agudo seu atendimento é de imediato, fornecendo assim uma boa e rápida atenção para evitar complicações nos usuários. São desenvolvidas ações de saúde: imunização, orientações tanto aos usuários hipertensos e diabéticos quanto aos seus acompanhantes sobre o quanto é importante para manter sua doença compensada à prática de atividade física regular, uma alimentação saudável, um bom cuidado com os pés e da saúde bucal.

Temos a dificuldade que em minha UBS não contamos com agentes comunitários que ajudem no cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos, além disso, nossa equipe vai trabalhar para alcançar a maior cobertura possível dessas duas doenças. Nós trabalharemos para elevar a mais de 65% de cobertura a assistência aos hipertensos, que hoje está em 47%. Para isso nos planejamos atender aproximadamente 13 hipertensos ao dia. Pretendemos elevar a 80% a cobertura de diabetes Mellitus, já que temos hoje 23%. Para alcançar esta cifra nos planejamos atender aproximadamente 6 diabéticos ao dia. Para facilitar todo esse trabalho agendaremos estas consultas apoiados em enfermeiras, técnicas em enfermagem e todo o pessoal de nossa equipe; também planejamos um

encontro com os usuários para que conheçam quais são os objetivos e metas de nosso foco de intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família de Paraíso do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

Meta2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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 Básica de Saúde.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Paraíso do Sul, pertencente ao município Paraíso do Sul, Rio Grande do Sul. Na área de abrangência da UBS temos uma estimativa de pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial 1120 e com Diabetes Mellitus 276.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 80% 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 diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Detalhamento: O monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa será feito com a implantação da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD), a qual nos permitirá comparar os usuários cadastrados no programa com o cadastro da UBS e com o indicador de cobertura segundo a estimativa do CAP. Isto será realizado pela médica, enfermeira, técnica em enfermagem e agentes comunitários, como uma periodicidade diária para poder cumprir com a meta estabelecida.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços

✓ Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos em cada consulta serão registrados na FAHD pela enfermeira e após o preenchimento ou verificação passarão para a consulta para atendimento médico.

✓ Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: No processo de acolhimento destes usuários serão fornecidas informações importantes sobre estas duas doenças, será realizado um interrogatório

minucioso para poder obter todos os dados, assim como atividades de promoção e educação em saúde realizadas pela enfermeira e médico.

✓ Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste.

Detalhamento: Já estão garantidos todos os materiais necessários para a tomada da pressão arterial (PA) e a realização do teste de glicose.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Os gestores municipais junto com os membros da UBS informarão a toda a população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e suas principais características e objetivos mediante folder com informações referentes ao tema, e a traves das lideranças da comunidade.

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

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

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

Detalhamento: Será confeccionado um folder com dicas de saúde, que entre outros temas abordarão a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos uma vez ao ano; a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Os membros da UBS orientarão toda a população sobre os temas mencionados anteriormente através de atividades de educação como palestras demonstrativas.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Em nossa UBS não contamos com ACS, mas vamos capacitar todos os profissionais da unidade para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência, será feita pela médica nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

Detalhamento: Será executado um plano de capacitação para todos os profissionais relacionado com a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, será feito pela médica nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

Meta2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento da realização do exame clínico apropriado será feito com a implantação da FAHD, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais que permitam um maior controle.

Eixo de Organização e Gestão do Serviços:

✓ Ação: Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Serão definidas e orientadas pela médica as atribuições de cada membro da UBS na capacitação sobre exame clínico da HAS e o DM e será feita nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

Detalhamento: Serão planejadas todas as capacitações nos diferentes temas do projeto de intervenção pela médica e será feita nas duas primeiras semanas.

✓ Ação: Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Estamos trabalhando para disponibilizar a versão atualizada e impressa do protocolo para HAS e DM na UBS.

Eixo de Engajamento Público:

✓ Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a

importância de ter os pés, os pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários quanto a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a realização de exame clínico apropriado pela médica e será feita nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD marcando a data de realização de cada exame.

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD marcando a data de realização de cada exame.

Eixo de Organização e Gestão do Serviços:

✓ Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: São garantidas sem dificuldades a solicitações dos exames complementares para os usuários hipertensos e diabéticos na UBS.

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

Detalhamento: É garantida pela Secretária de Saúde a agilidade na realização dos exames complementares.

✓ Ação: Estabelecer sistema de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O Grupo de Monitoramento e avaliação será o encarregado de monitorar e alertar sobre os exames complementares preconizados.

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários quanto a comunidade sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar aos profissionais da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a solicitação de exames complementares segundo o protocolo estabelecido pela médica nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar o acesso medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.

Detalhamento: Será indicada a necessidade de priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia para estes usuários na capacitação sobre o tratamento da HAS e o DM.

Eixo de Organização e Gestão do Serviços:

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

Detalhamento: Será realizado o controle do estoque de medicamentos pelo menos 1 vez por mês pela farmacêutica.

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

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

Detalhamento: Será mantido o registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde pela farmacêutica e será realizado mensal.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários quanto a comunidade sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento de hipertensão.

Detalhamento: Serão capacitados todos os profissionais da equipe pelo médico no tratamento de hipertensão.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe pela médica para orientar aos usuários sobre as possíveis alternativas para ter acesso aos medicamentos na farmácia Popular/ Hiperdia e será feita a capacitação nas duas primeiras semanas da intervenção.

Meta 2.7: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD com o item “Necessidade de atendimento odontológico” acrescentado.

Eixo de Organização e Gestão do Serviços:

✓ Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: Será organizada a agenda de saúde bucal pela médica em conjunto com os odontólogos da UBS para a realização do atendimento dos usuários com necessidade deste tipo de atenção dando prioridade a estes usuários.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários quanto a comunidade sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar aos profissionais da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos pela médica e odontólogos, será feita nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD com o item “Consultas Programadas” acrescentado.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos.

Detalhamento: Serão realizadas com uma periodicidade de uma vez por semana visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos.

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

Detalhamento: Será organizada a agenda para que permita acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares duas vezes a semana na seção da tarde.

Eixo de Engajamento Pública:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários quanto a comunidade sobre a importância da realização das consultas médicas mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

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

Detalhamento: A comunidade será escutada pela médica e o resto dos profissionais da equipe sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (si houver número excessivo de faltosos).

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários quanto a comunidade sobre a periodicidade estabelecida das consultas médicas, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar aos profissionais para a orientação dos hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre como realizar a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade pela médica nas duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Detalhamento: Serão definidos responsáveis pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus na unidade de saúde, que estarão encarregados pela revisão dos prontuários e outros documentos para garantir a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Manter as informações do SIAB atualizadas.

✓ Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada a FAHD, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais que permitam um maior controle.

✓ Ação: 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 o estado de compensação da doença.

Detalhamento: O responsável será o encarregado de revisar mensalmente o registro e fazer as alertas à equipe quando exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários quanto a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se for necessário, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

✓ Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

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.

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a FAHD com o item “Estratificação de risco Cardiovascular” acrescentado.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

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

✓ Ação: Organizar agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será organizada a agenda de turnos para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Eixo de Engajamento Público:

✓ Ação: Orientar os usuários sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

✓ Ação: Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários quanto a comunidade sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, será feita pela médica nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a importância do registro desta avaliação, será feita pela médica nas duas semanas da intervenção.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre as estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis, será feita pela médica nas duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 6. Promover saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos feitas nas consulta e palestras.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento: Serão realizadas práticas coletivas com os grupos com atividades sobre alimentação saudável, envolvendo nutricionistas nestas atividades.

Eixo de Engajamento Público:

✓ Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários, familiares quanto a comunidade sobre a importância da alimentação saudável durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre práticas de alimentação saudável e sobre a metodologia de educação em saúde.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar a realização de atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação da prática de atividade física regular feitas nas consultas e palestras.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento: Serão realizadas práticas coletivas com os grupos com atividades sobre orientação de atividade física envolvendo educadores físicos nestas atividades.

Eixo de Engajamento Público:

✓ Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários, familiares quanto a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

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

✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre as metodologias de educação em saúde, será feita pela médica nas duas primeiras semanas da intervenção.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação sobre os riscos do tabagismo.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

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

Detalhamento: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”, será comprado o tratamento pelo gestor.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados os usuários hipertensos e diabéticos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo durante as atividades feitas

no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

- ✓ Ação: Capacitar a equipe para o tratamento dos usuários tabagistas.
- ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre o tratamento dos usuários tabagistas e sobre as metodologias de educação em saúde.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

- ✓ Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação sobre higiene bucal feitas nas consultas e palestras.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

- ✓ Ação: Organizar tempo médio de consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Serão organizadas consultas individuais com a finalidade de fornecer orientações sobre higiene bucal.

Eixo de Engajamento Público:

- ✓ Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Serão orientados os usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação de Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal pela médica nas duas semanas da intervenção.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência Programa de Atenção à HAS e à Diabetes 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 HAS e à DM da unidade de saúde.

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

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM 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 HAS e à DM 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 em dia 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 em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de 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 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 aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade de Saúde de Paraíso do Sul, a equipe vai adotar como Protocolo os Cadernos nº36 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, pelo que faremos contato com o gestor para sua providencia.

De acordo com o CAP para a população de 7365 pessoas, temos a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 1120 e para os diabéticos tem-se uma estimativa de 276 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Os instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas pela equipe serão: Prontuário individual, Ficha-espelho (individual) do curso, Cartão de Hipertensão e Diabetes e o Livro de Registro e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal. Será necessária uma para cada usuário que será cadastrado: 728 fichas espelho para hipertensos (65%) e 221(80%) fichas espelhos para diabéticos, pelo que faremos contato com o gestor municipal para dispor desta quantidade de fichas.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de hipertensos e diabéticos também utilizaremos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Ficha A) e da ficha-B hipertensos e diabéticos dos ACS, mas como não

temos agentes comunitários será utilizada pelo demais profissionais da unidade de saúde. Para busca ativa dos usuários faltosos às consultas serão realizadas pelos demais profissionais da equipe.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e médica revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 4 meses. Os profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, 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 físicos dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com medida da sensibilidade dos pés.

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com medida da sensibilidade dos pés, necessidade de encaminhamento para especialistas ou outro nível do sistema, orientações recebidas e participação de atividades educativas.

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

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

Para registro das informações de atendimento utilizaremos instrumentos de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade, o prontuário clínico individual e ficha espelho, os quais serão organizados pela médica e enfermeira.

Nisso será monitorado 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 maiores de 18 anos que frequentem a UBS; para isto se utilizará papel ofício, canetas, esfigmomanômetro, estetoscópio, aparelho para realizar glicemia capilar, os quais já estão disponíveis na unidade de saúde, se realizará diário e será feito pela enfermeira, médico e técnica em enfermagem.

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

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

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

Mensalmente a enfermeira e a médica examinarão as fichas espelho, ficha e planilha de monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção.

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

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

Inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe. Buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da Atenção Primária à Saúde (APS).

A médica e a enfermeira farão busca ativa de todos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Em todas as visitas domiciliares se 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 aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

O cadastramento durante a Intervenção será realizado pela médica e enfermeira na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar.

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 consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 7 dias.

Semanalmente a enfermeira 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.

Devemos organizar as agendas da médica, enfermeira e odontóloga para acolher a demanda referenciada destes usuários das demandas 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 aos cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

A médica e a enfermeira semanalmente nas visitas domiciliares farão busca ativa dos faltosos às consultas clínicas para os atendimentos odontológicos e organizarão a agenda para acolher esses usuários.

Para sensibilizar a comunidade será realizado reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitará o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertensos e diabéticos, orientando-os sobre os fatores de riscos de desenvolvimento dessas doenças. Orientar os usuários e a comunidades quanto aos riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares. Sensibilizar os usuários e a comunidade sobre a importância de assistir às consultas. Estas atividades se realizaram em palestras, conversas, grupos, onde serão responsáveis a médica e a enfermeira, além da participação da equipe.

2.3.4 Cronograma

Ações nas semanas da intervenção.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Reunião de equipe para apresentação do projeto de intervenção e definição do papel de todos os profissionais na Ação programática.	X															
Organização de agenda compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontólogo.	X															
Capacitações sobre diversos assuntos de interesses da equipe ou assuntos referentes a linha programática.	X	X														
Busca ativa de hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa de faltosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cadastramento de diabéticos e hipertensos moradores da área da abrangência.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para discutir a importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e solicitar apoio para a captação de novos casos e controle dos já diagnosticados.	X				X				X				X			

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Depois de algumas semanas do andamento do projeto da intervenção, com o objetivo de ampliar a cobertura do Programa de Atenção de usuários hipertensos e diabéticos de nossa comunidade, chegamos ao final da intervenção de acordo ao cronograma e as atividades propostas no curso da especialização em Saúde de Família, mais, convencidos de que agora faz parte de nosso dia a dia continuar melhorando a atenção à saúde e qualidade do atendimento destes grupos. De acordo com o cronograma a maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida em sua totalidade, a primeira atividade desenvolvida no início da semana com uma continuidade semanal foi às reuniões de equipe com o objetivo de planificar o trabalho da semana, definir as atribuições de cada profissional e discutir as dificuldades apresentadas no transcurso do projeto da intervenção, assim como a capacitação da equipe. Entre os temas que foram debatidos e estudados estão: o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, correto preenchimento de caderneta de saúde, acolhimento, políticas nacionais de humanização, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, orientações sobre a importância do trabalho que estamos fazendo, organização dos agendamentos das visitas domiciliares para busca ativa de usuários faltosos a consulta, e avaliação da saúde bucal. A equipe mostrou-se entusiasmada com o projeto e, tanto as técnicas de enfermagem como o resto dos profissionais da equipe, tiveram uma participação ativa e participativa na capacitação que foi realizada pelo enfermeiro e pelo médico, para isso foram utilizados materiais tais como computador, papel, caneta, esfigmomanômetro, entre outros.

Acredito que foi muito útil, pois nos sentimos responsáveis pela atividade e com ela foi possível ensinar as técnicas de enfermagem a realizarem algumas atividades na execução do exame clínico assim como o cadastramento dos usuários

pertencentes à população alvo. As técnicas de enfermagem participaram do exame físico, como foi planejado, assim como atividades de promoção e educação em saúde.

Os atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos foram feitos à livre demanda, todos os dias da semana, nos dois turnos, em nossa rotina diária de trabalho, onde tivemos resultados muito satisfatórios aumentando a cobertura dos atendimentos. Na maioria dos usuários foi realizado o atendimento clínico, com exame clínico em dia de acordo com protocolo, com exames complementares em dia, quase todos tomam medicamentos e são da lista do Hiperdia, tem registro adequado na ficha do acompanhamento, e a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia.

Em cada uma das consultas foram abordados com os usuários e seus familiares temas importantes como: hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, importância de cumprir com o tratamento assim como com a assistência a consultas marcadas, importância da aceitação destas doenças pelo usuário, conscientizando-se dos cuidados a ter, sem interferir em sua vida diária, 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 precipitantes 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 atenciosos durante as atividades realizadas, perguntaram dúvidas, e agradeceram pelo apoio da equipe da saúde e atenção oferecida.

Em todas as consultas os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividades física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, além da maioria deles que foram avaliados quanto a necessidades de atendimento odontológico. As técnicas de enfermagem participaram na busca ativa de hipertensos e diabéticos e a busca ativa de faltosos a consulta.

Também tivemos no transcurso destas semanas contato com o gestor, onde falamos sobre a importância da atenção e a qualidade da saúde dos usuários com HAS e DM, solicitando apoio para estratégias que tem sido implementada.

No projeto nos é permitido conhecer a profundidade das condições de vida dos usuários, o jeito de como percebem a saúde, de como enfrentam suas doenças, a percepção de risco, o interesse que assumem antes de terem conhecimentos sobre a HAS e DM, e logo quando a equipe atua e desenvolve um seguimento educativo e científico. Temos conseguido incorporar o seguimento em consultas a muitos usuários que só compravam remédios nas farmácias populares, com tratamentos impostos por anos, sem serem avaliados de forma contínua. Usuários com vários fatores de risco como obesidade e sedentarismo que não conheciam seus pesos corporais ou índice de massas corporais. Que tendo a seu alcance uma nutricionista na unidade nunca receberam uma consulta, outros desconheciam a importância da saúde bucal. Usuários com tratamentos mono terapêuticos por mais de dez anos e com valores alterados da pressão arterial e glicose. Muitos com glicosímetro em casa, mas sem conhecimentos para usá-los, para os quais capacitamos os familiares e próprios usuários. Preconceitos das doenças, como por exemplo, só consumir os remédios quando se sentiam mal, alguns diziam que não podiam tomar os remédios todos os dias, pois logo o corpo se acostumaria, ou que só iam ao médico quando precisavam, acreditando que a pressão ficava boa em casa e quando iam à unidade ela ficava ruim, etc. Todos estes elementos são problemas que identificamos e temos modificado em nosso dia a dia, para o bem da população e sua saúde, e para a satisfação de um grupo de profissionais que trabalham com amor e respeito à profissão que escolheram.

Nesta etapa também aumentamos o número de visitas domiciliares, e consultas de seguimento planejadas na unidade saúde, assim como a busca ativa de usuários faltosos a consulta, assim como o número de usuários encaminhados para atenção secundária de saúde por descompensação da HAS e DM, ou complicações causadas pelas mesmas foi diminuído. A população está satisfeita com o trabalho feito, reconhecem e agradecem as visitas à suas casas e o trabalho oferecido, falam que é muito importante para o município.

Dentro das ações planejadas no projeto consideramos haver cumprido com as mesmas. Divulgamos a existência de um Programa de controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ampliamos a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde de forma integral facilitando as consultas agendadas, a demanda espontânea, o controle clínico e mediante exames complementares. Consulta com outras especialidades médicas na atenção

secundária de saúde quando precisaram. Aumentamos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, registrando-os em planilha de coleta de dados, o qual antes não existia em nossa UBS o qual facilitará seu seguimento futuro. Melhoramos o registro das informações de cada usuário mediante o sistema eletrônico do sistema único de saúde o qual permite conhecer o histórico de seguimento de cada usuário, assim como cada procedimento feito.

Conseguimos orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, o qual teve bom resultado na elevação da percepção de risco das doenças. Esclarecemos aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação e atividade física), o que permitiu que muitos se incorporassem a realização de atividade física e ao grupo de abandono do tabagismo, assim como consultas com a nutricionista da unidade. Resgatamos os usuários que em ocasiões se tornaram faltosos na consulta, esclarecendo sobre a importância da periodicidade para a mensuração da pressão arterial e da glicose em usuários maiores de 18 anos, o qual favoreceu que muitos se incluíssem a nossa rotina de seguimento contínuo. E quanto à saúde bucal as maiorias dos usuários foram avaliadas, sem dificuldades, e orientados sobre adequada higiene bucal.

Percebemos o interesse dos usuários por participar nas diferentes ações, se sentem melhor atendidos, com um controle contínuo da pressão arterial e glicose, assim como o trabalho para evitar complicações a curto, média e longo prazo. Os exames de semestralmente para os mais complicados ou anualmente para os mais estáveis, são elementos incorporados ao nosso dia a dia. As consultas com a nutricionista na unidade, a realização de atividade física, a participação em atividades de promoção de saúde, são elementos que estão incorporados em nosso trabalho diário. Presentes antes do início de projeto alguns deles, outros não, mais aperfeiçoados todos, favorecem hoje em dia que nosso enfoque de trabalho deste grupo seja muito melhor que etapas anteriores. Não temos atividades planejadas que não foram desenvolvidas.

Os usuários têm um maior conhecimento destas doenças e agora estão identificados com nossa UBS. Nossa equipe está muito satisfeita com o trabalho desenvolvido, pela primeira vez em nossa comunidade foi realizado um projeto de intervenção com o grupo de usuários diabéticos e usuários hipertensos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Mesmo que tenhamos finalizado a coleta de dados para o TCC, nossa intervenção não terminou, além de que não cumprimos com a meta proposta de cadastrar 65% dos usuários com hipertensão arterial, mas cumprimos com o cadastramento dos usuários com diabetes (80%). Temos um índice muito alto de usuários com hipertensão arterial em nossa comunidade e não contamos com agentes comunitários para nos ajudarem neste processo de cadastramento, isso dificultou o cadastramento dos mesmos. Sendo assim, continuaremos com o acompanhamento necessário melhorando a cada dia o atendimento deste grupo com muito mais qualidade para alcançar a meta proposta.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto ao monitoramento da intervenção, não tivemos dificuldades, contamos em toda a intervenção com as fichas espelhos em quantidade suficiente. As fichas foram preenchidas pelo médico, no momento do atendimento, ação que não foi fácil nas primeiras semanas, mas agora já faz parte de nossa rotina diária. A planilha de coleta de dados é preenchida também pelo médico em outro momento, no próprio consultório, depois dos atendimentos com a ajuda das técnicas de enfermagem, e com o apoio dos prontuários dos usuários, e as fichas espelho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa equipe manteve-se muito unida na realização das ações previstas do nosso projeto de intervenção, o que fortaleceu o nosso trabalho em equipe, posso afirmar que cada ação já faz parte de nossa rotina diária.

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 a qualidade de vida de nossa comunidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Depois de várias semanas do andamento do Projeto de Intervenção com o objetivo de Ampliar a Cobertura do Programa de Atenção aos Usuários Hipertensos e Diabéticos, maiores de 20 anos, na Unidade Básica de Saúde Paraíso do Sul, no Rio Grande do Sul, me disponho a fazer a descrição dos resultados obtidos durante este período.

Faremos a avaliação dos aspectos quantitativos e qualitativos do projeto. No aspecto quantitativo analisaremos os indicadores comparando-os com as metas e examinando a evolução ao longo da intervenção. Nos aspectos qualitativos analisaremos as ações, descrevendo o grau de implementação das ações propostas, examinando a importância da implementação destas ações para ser melhoradas.

Temos na área adstrita da Unidade Básica de Saúde um total de 7365 usuários, uma estimativa de 4934 pessoas com 20 anos ou mais, deles 1120 de estimativa de usuários hipertensos, o que representa 22.69% e uma estimativa de 276 usuários diabéticos que representam 5.59%, os quais em sua maioria foram avaliados. Nosso propósito foi de cadastrar o maior número de usuários com estas doenças, em um período de trabalho de 12 semanas, tempo em que correspondia realizar o projeto de intervenção.

Referente à Hipertensão Arterial, no aspecto quantitativo, chegamos a um resultado de cadastramentos e avaliação de 657 usuários, o que representa 58.7% dos usuários, chegamos a avaliar mais da metade dos usuários com esta doença. Os usuários que não conseguimos atender durante este período foi porque temos um índice muito alto de usuários hipertensos, além que não contamos em nossa UBS com agentes comunitários para nos ajudarem com o processo de

cadastramento. Além disso, o trabalho esforçado da equipe nesta etapa, junto ao trabalho desenvolvido em etapas anteriores, permitiu que chegássemos a estes resultados.

Referente ao Diabetes Mellitus, no aspecto quantitativo, conseguimos a um resultado de cadastramento e avaliação de 237 usuários, o que representa 85.9 % dos usuários, que conseguimos privilegiar com atendimento mais da metade dos usuários com esta doença, pois muitos destes também são hipertensos, o que facilitou o cadastramento dos mesmos.

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

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

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

A cobertura do programa de atenção a hipertensos e diabéticos na unidade foi gradativamente melhorando e conseguimos ao longo dos meses os seguintes dados neste indicador: no 1º mês foram registrados, 199 usuários hipertensos (17.8%), no 2º mês 383 hipertensos (34.2 %), no 3º mês 657 hipertensos (58.7 %), conforme a figura 1. Foi monitorado este número de usuários a traves da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD) a qual nos permitiu comparar os usuários cadastrados no programa com o cadastro da UBS, ademais contamos com um registro dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Isto foi possível pelo trabalho em conjunto da equipe para obter essa cobertura de cadastramento dos usuários hipertensos.

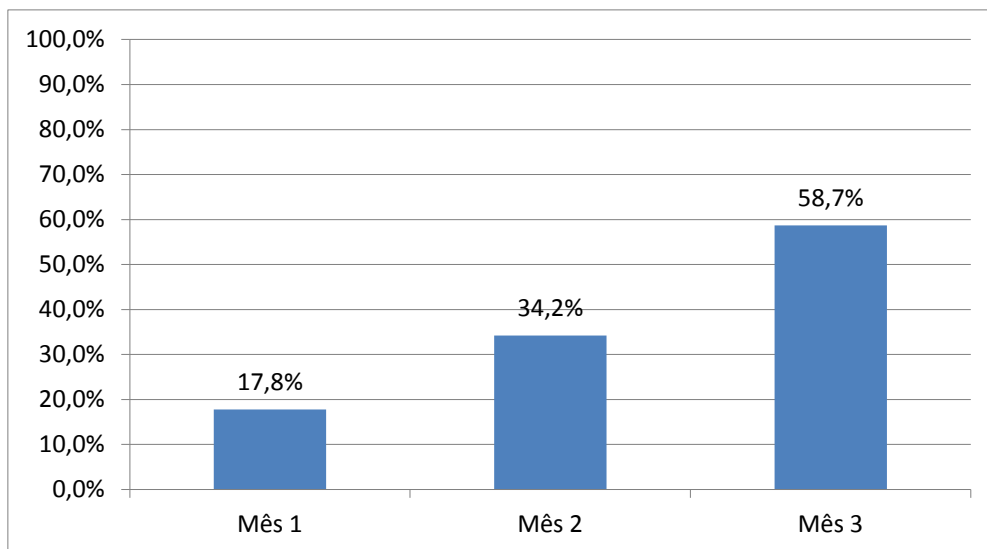


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.

Meta 1.2. Cadastrar 80% 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.

Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no 1º mês foram registrados 85 usuários diabéticos (30.8%), no 2º mês 154 (55.8%); no 3º mês 237(85.9 %) conforme a Figura 2. Foi monitorado este número de usuários a traves da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD) a qual nos permitiu comparar os usuários cadastrados no programa com o cadastro da UBS, ademais contamos com um registro dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Isto foi possível pelo trabalho em conjunto da equipe, para obter essa cobertura de cadastramento dos usuários diabéticos.

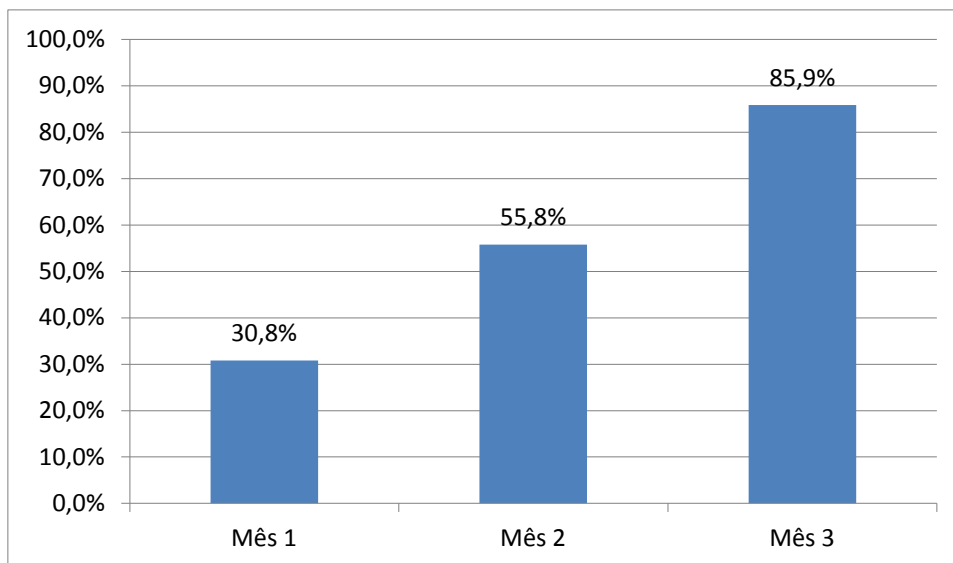


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

O projeto de intervenção melhorou sem dúvidas, a qualidade da atenção integral aos usuários com hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Conseguimos criar uma maior adesão às consultas assim como o seguimento aos usuários hipertensos o qual favoreceu o aumentar os exames clínicos: no primeiro mês 113 (56.8%), no segundo mês 235 (61.4%) até chegar ao terceiro mês 444 (67.6 %) dos usuários hipertensos, para isto nos servi-o de apoio à implantação da FAHD. Não foi possível realizar o exame clínico aos 100 % dos hipertensos porque encontramos um alto índice de usuários que não estavam com consultas medicas ao dia, e portanto o exame clínico não estava ao dia, e ainda que a equipe trabalho muito para fazer busca ativa de todos esses usuários era muito importante o seguimento deles para que assistiram as consultas, por isso e tão importante contar com os AC na unidade e a nossa não tem o que fiz mais difícil alcançar as metas e indicadores propostos.

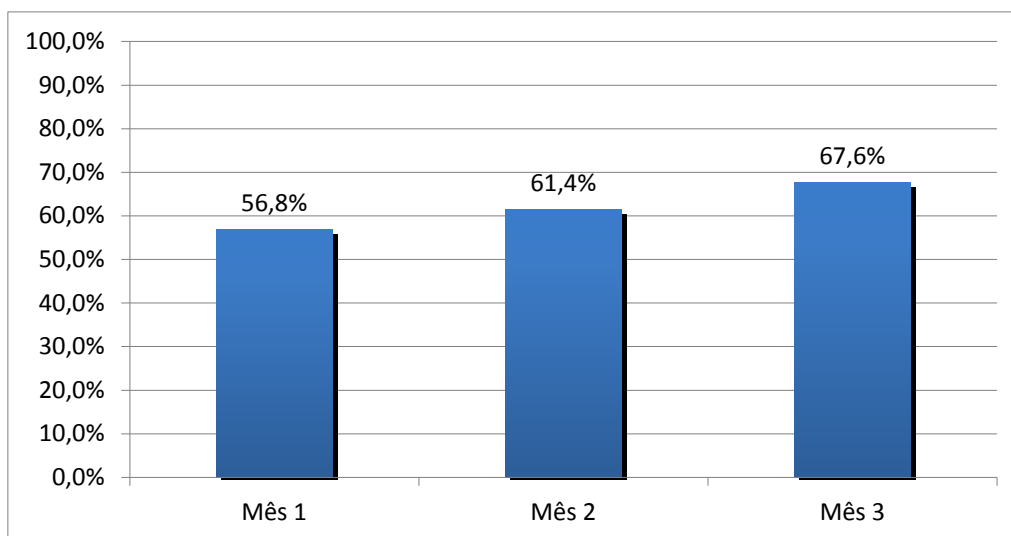


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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 conseguimos também criar uma maior adesão às consultas assim como o seguimento aos usuários diabéticos o qual favoreceu o aumentar os exames clínicos: no primeiro mês 53 (62.4%), no segundo mês 91 (59.1%) até chegar ao terceiro mês 150 (63.3 %) dos usuários diabéticos, para isto nos servi-o de apoio à implantação da FAHD. Não foi possível realizar o exame clinico aos 100 % dos diabéticos porque encontramos um alto índice de usuários que não estavam com consultas medicas ao dia, e por tanto o exame clinico não estava ao dia, e ainda que a equipe trabalho muito para fazer busca ativa de todos esses usuários era muito importante o seguimento delis para que assistiram as consultas, por isso e tão importante contar com os AC na unidade e a nossa não tem o que fiz mais difícil alcançar as metas e indicadores propostos.

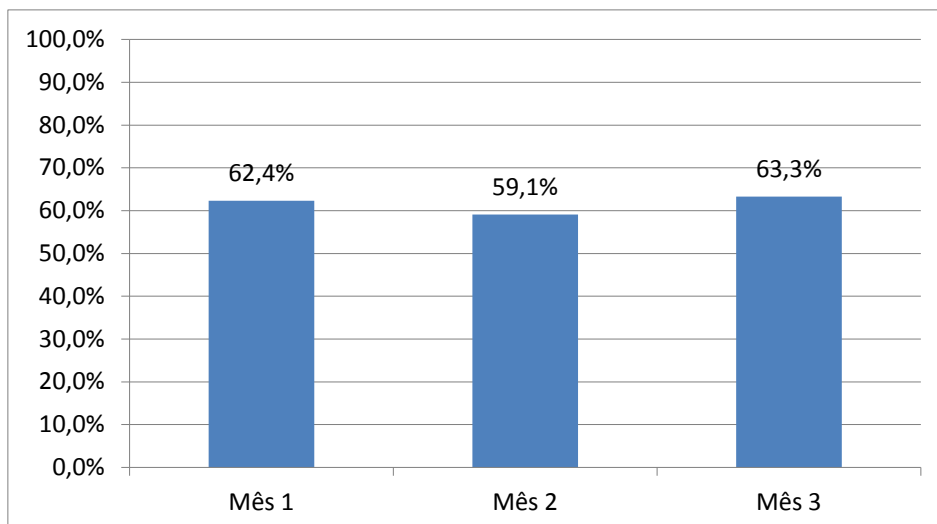


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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.

Aumentamos a realização de exames complementares e com isto o controle das doenças e os fatores de risco, de acordo com a periodicidade recomendada no protocolo estabelecido, pois foram orientados em a importância que tinham para evitar complicações de sua doença, apoiados por nossa gestora para sua solicitação. Neste indicador logramos obter os seguintes desenvolvimentos nos usuários hipertensos: o primeiro mês completou a cifra de 159 (79.9%) o segundo 322 (84.1%) e o terceiro 568 (86.5%) como mostra a Figura 5. Isto foi possível porque se oriento aos usuários a importância e necessidade que tinham de fazer-se os exames complementares e em no período preconizado apoiado por toda nossa equipe. Além de que foram feitas as orientações aos usuários e realizada a busca ativa dos faltosos pelos profissionais da equipe, mas não foi possível alcançar 100% na realização dos exames, porque muitos usuários continuavam faltosos às consultas.

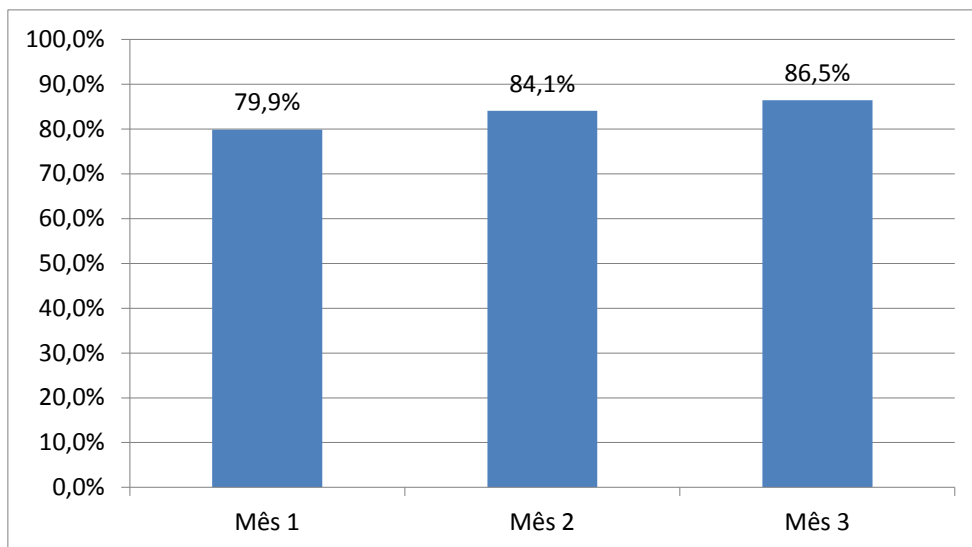


Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Aumentamos também a realização de exames complementares e com isto o controle das doenças e os fatores de risco nos usuários diabéticos, de acordo com a periodicidade recomendada no protocolo estabelecido, pois foram orientados em a importância que tinham para evitar complicações de sua doença, apoiados por nossa gestora para sua solicitação. Neste indicador logramos obter os seguintes desenvolvimentos: o primeiro mês completou a cifra de 72 (84.7%) o segundo 125 (81.2%) e o terceiro 204 (86.1%) como mostra a Figura 6. Isto foi possível porque se oriento aos usuários a importância e necessidade que tinham de fazer-se os exames complementares e em no período preconizado apoiado por toda nossa equipe. Além de que foram feitas as orientações aos usuários e realizada a busca ativa dos faltosos pelos profissionais da equipe, mas não foi possível alcançar 100% na realização dos exames, porque muitos usuários continuavam faltosos às consultas.

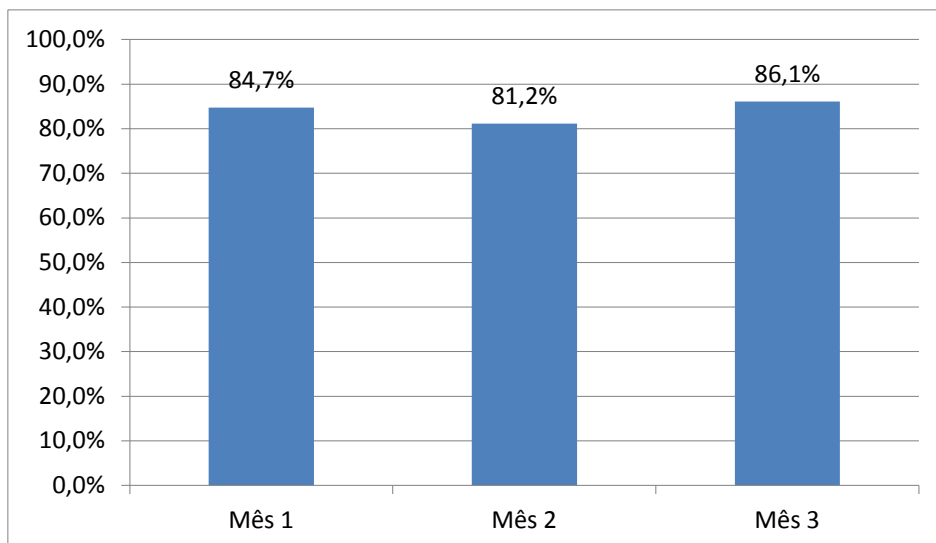


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Quanto aos medicamentos, conseguimos que uma maior quantidade dos usuários hipertensos receberem ao menos um medicamento do ou da Farmácia Popular/ Hiperdia, no primeiro mês 159 (79.9%), no segundo mês 305 (79.8%), aqui diminuiu por avaliar mais doentes q estavam faltosos a consultas e muitos que haviam abandonado o tratamento, no terceiro mês totalizamos com 542(82.5%), fizemos cadastramento de usuários novos e recuperar dos aqueles que tinham abandonado os tratamentos, isto fio possível mediante as atividades desenvolvidas por nossa equipe. Isto favorece a economia dos usuários, a realização das receitas médicas e a aquisição dos produtos de um jeito organizado. Assim como o planejamento certo do pedido dos remédios por parte do serviço da farmácia do posto de saúde.

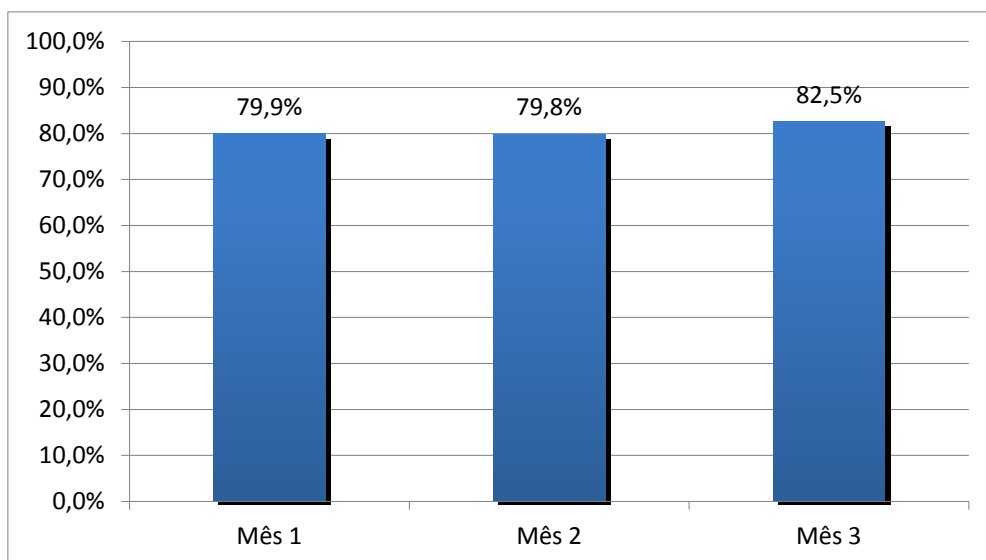


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular \ Hiperdia priorizada.

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 conseguimos também que uma maior quantidade dos usuários diabéticos receberem ao menos um medicamento do ou da Farmácia Popular/ Hiperdia, no primeiro mês 65 (76.5%), no segundo mês 113 (73.9%), aqui diminuiu por avaliar mais doentes q estavam faltosos a consultas e muitos que haviam abandonado os tratamentos, no terceiro mês totalizamos com 184(77.6%), fizemos cadastramento de usuários novos e recuperar daqueles que tinham abandonado os tratamentos, isto fio possível mediante as atividades desenvolvidas por nossa equipe. Isto favorece a economia dos usuários, a realização das receitas médicas e a aquisição dos produtos de um jeito organizado. Assim como o planejamento certo do pedido dos remédios por parte do serviço da farmácia do posto de saúde.

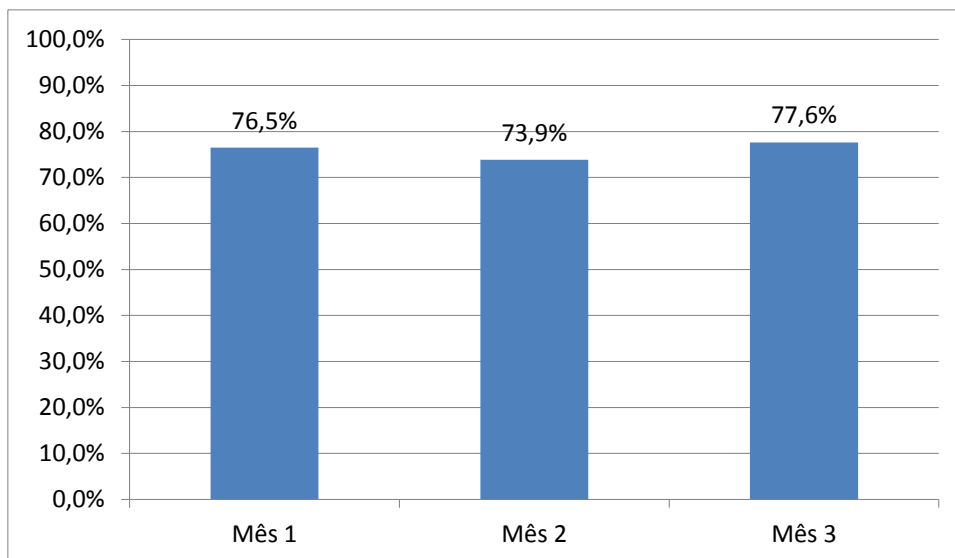


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular \ Hiperdia priorizada.

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 com necessidade de atendimento odontológico, a maioria foi avaliada pela odontologia, e todos receberam orientações sobre higiene bucal. Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no primeiro mês 104 (52.3%), no segundo mês 237 (61.9%) e no terceiro mês 471(71.7%). Notasse cifras baixas no primeiro mês, pois nós tínhamos planejado erradamente poucos agendamentos até que avaliamos novamente a planificação das consultas com a equipe, fizemos uma melhor organização da agenda de saúde bucal para a realização dos atendimentos dos usuários, sempre orientando a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

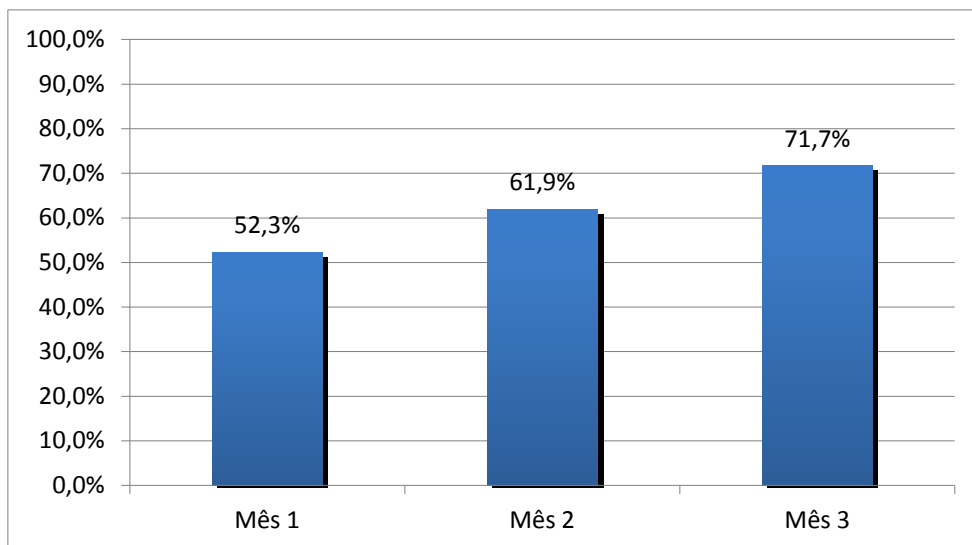


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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.

Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no primeiro mês 50 (58.8%), no segundo mês 94 (61%) e no terceiro mês 163(68.8%). Notasse cifras baixas no primeiro mês, pois nós tínhamos planejado erradamente poucos agendamentos até que avaliamos novamente a planificação das consultas com a equipe, fizemos uma melhor organização da agenda de saúde bucal para a realização dos atendimentos dos usuários, sempre orientando a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

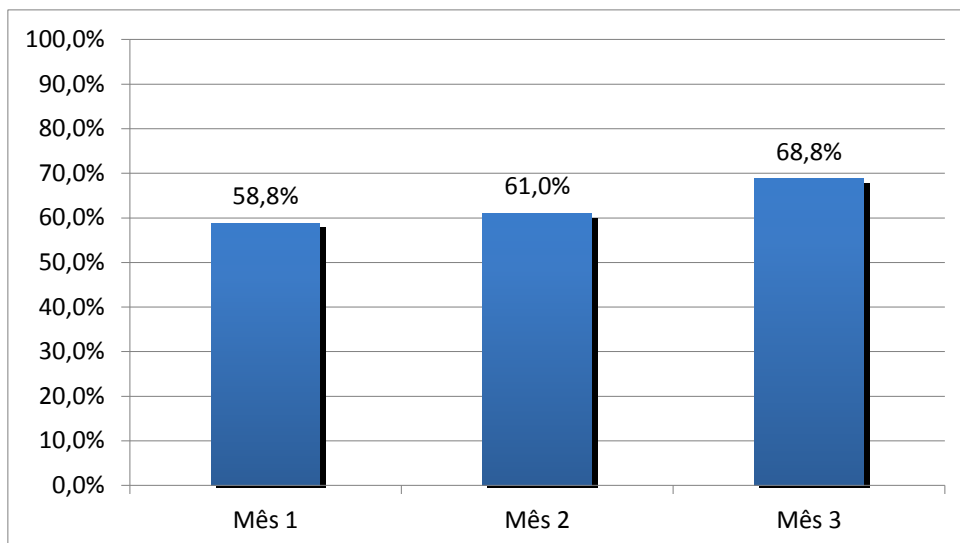


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Este objetivo é muito importante, na etapa planejada conseguimos inserir ao programa muitos usuários que não foram diagnosticados e que haviam abandonado o tratamento, incorporamos ao seguimento outros que por muito tempo tinham tratamentos inapropriados. Eliminamos preconceitos desta doença e muitos usuários elevaram seus conhecimentos e percepção de risco. Neste indicador tivemos os seguintes resultados: no primeiro mês 86 (100%), no segundo mês 148 (100%), no terceiro mês 215 (100%).

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.

Este objetivo é muito importante, na etapa planejada conseguimos inserir ao programa muitos usuários que não foram diagnosticados e que haviam abandonado o tratamento, incorporamos ao seguimento outros que por muito tempo tinham tratamentos inapropriados. Eliminamos preconceitos desta doença e muitos usuários

elevaram seus conhecimentos e percepção de risco. Neste indicador tivemos os seguintes resultados: no primeiro mês 86 (100%), no segundo mês 148 (100%), no terceiro mês 215 (100%).

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.

No início do projeto não tínhamos na unidade de saúde nenhuma fonte de dados para desenvolver o trabalho com o cadastramento da população. Conseguimos elevar as informações, dispomos agora de uma base de dados, a qual vai favorecer trabalhos posteriores. O primeiro mês foi avaliado 113 (56.8%), no segundo mês 235 (61.4%), e no terceiro mês 444 (67.6%). Ainda que o E-SUS também está ajudando para o seguimento de cada usuário, o que fica guardado após terminar cada consulta, incluindo o tratamento e exames feitos.

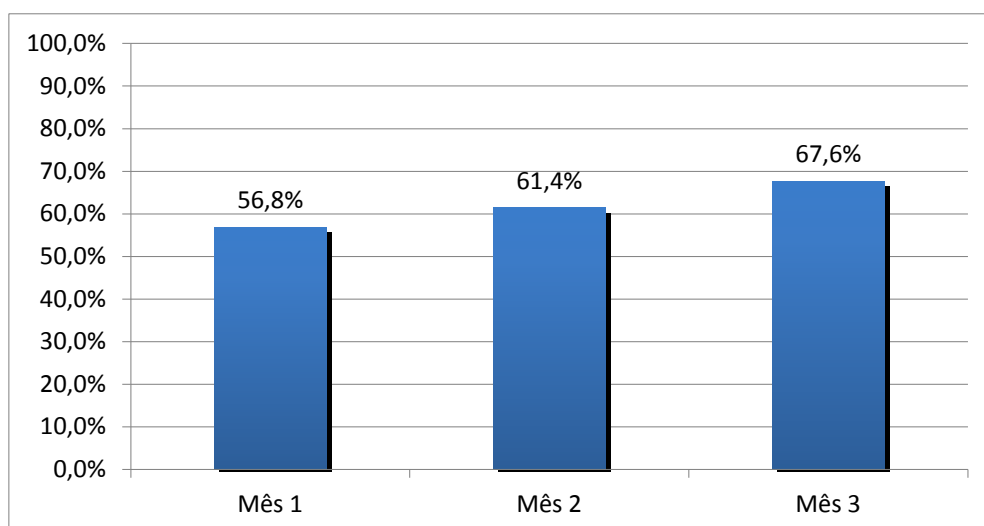


Figura 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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.

Conseguimos elevar também as informações nos usuários diabéticos, dispomos agora de uma base de dados, a qual vai favorecer trabalhos posteriores. O primeiro mês foi avaliado 53 (62.4%), no segundo mês 91 (59.1%), e no terceiro mês 150 (63.3%). Ainda que o E-SUS também está ajudando para o seguimento de cada usuário, o que fica guardado após terminar cada consulta, incluindo o tratamento e exames feitos.

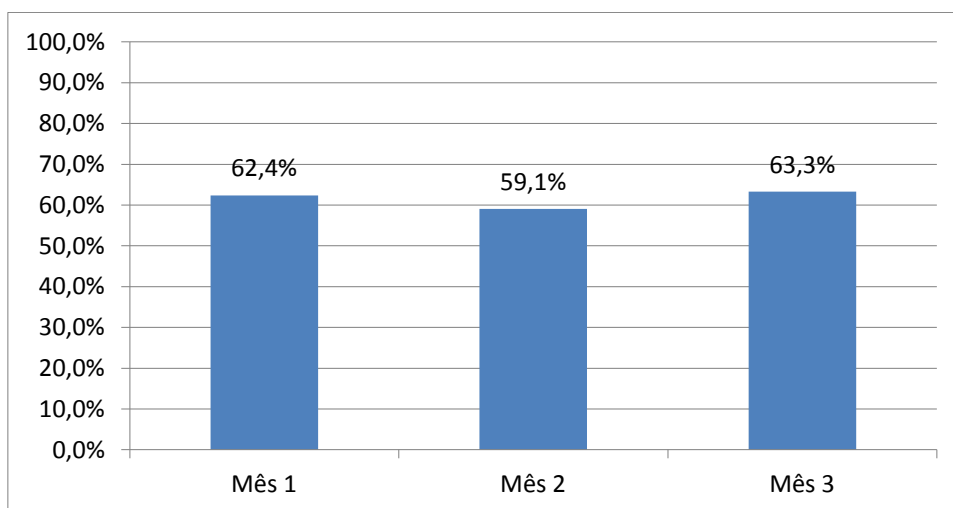


Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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.

A determinação dos usuários hipertensos e 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. No 1 mês foram avaliados 113 usuários hipertensos para um 56.8 %, no 2 mês 235 (61.4%) e finalizamos com um total de 444 usuários para um 67.6 %. Foi muito importante que cada usuário pôde conhecer seus riscos e como evitá-los, para isso determinamos a classificação de cada um. Uma vez mais jogou um papel muito importante nossa equipe, pois em cada visita fazia alguma orientação sobre o controle dos riscos de cada usuário.

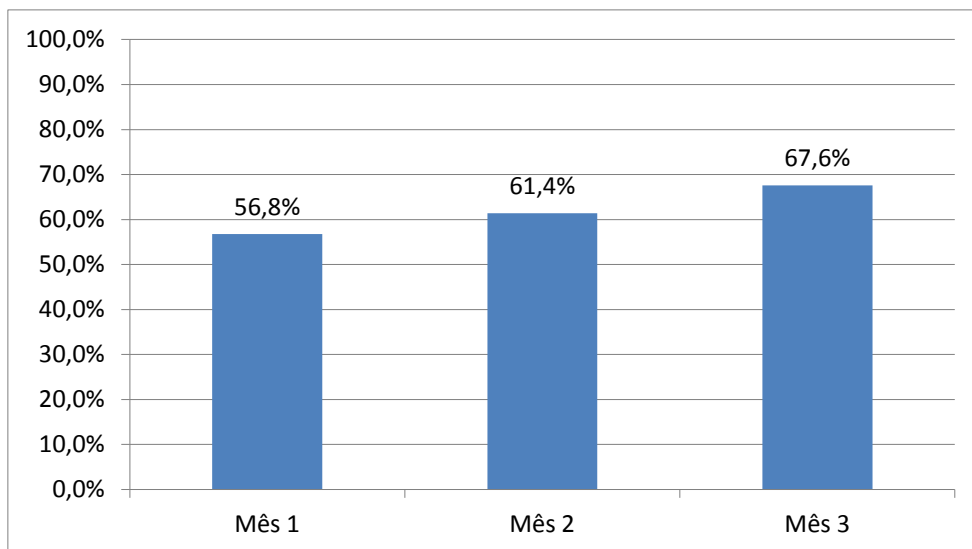


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no primeiro mês foram avaliados 53 usuários diabéticos para um 62.4 %, no segundo mês 91 (59.1%) e finalizamos com um total de 150 usuários para um 63.3 %. Foi muito importante que cada usuário pôde conhecer seus riscos e como evitá-los, para isso determinamos a classificação de cada um. Uma vez mais jogou um papel muito importante nossa equipe, pois em cada visita fazia alguma orientação sobre o controle de o risco de cada usuário.

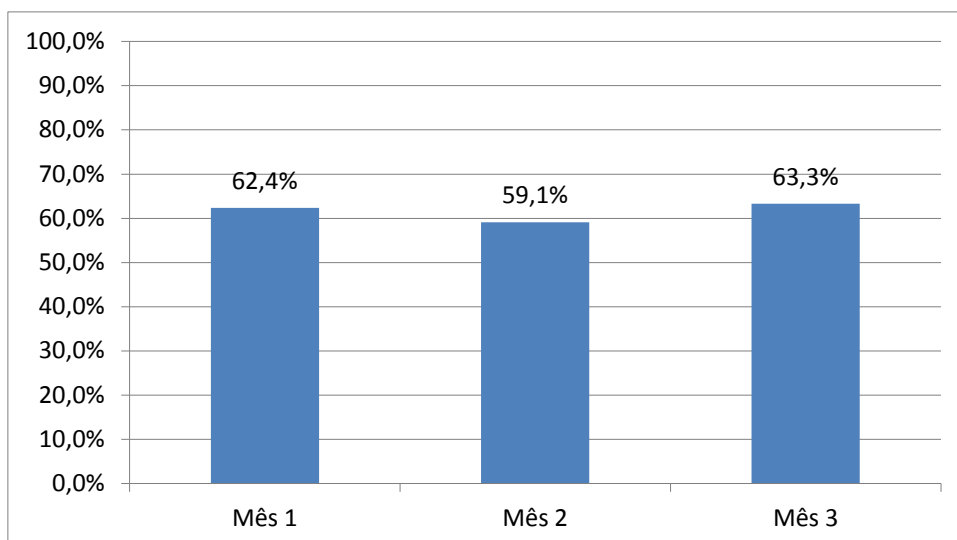


Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, 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 terem 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. Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no primeiro mês 199 (100%), no segundo mês 383 (100%), e no terceiro mês 657 (100%).

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

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

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre diversos temas como: hábitos alimentares saudáveis, sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas, 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 terem 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. Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no primeiro mês 85 (100%), no segundo mês 154 (100%), e no terceiro mês 237 (100%).

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.

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre diversos temas como: prática de atividades física regular, 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 terem 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. Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no primeiro mês 199 (100%), no segundo mês 383 (100%), e no terceiro mês 657 (100%).

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.

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre diversos temas como: a prática de atividades física regular, sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas, 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 terem 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. Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no primeiro mês 85 (100%), no segundo mês 154 (100%), e no terceiro mês 237 (100%).

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.

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre diversos temas como: sobre os riscos do tabagismo, 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 terem 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. Neste indicador tivemos os seguintes

desenvolvimentos: no primeiro mês 199 (100%), no segundo mês 383 (100%), e no terceiro mês 657 (100%).

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.

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre diversos temas como: sobre os riscos do tabagismo, sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas, 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 terem 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. Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no primeiro mês 85 (100%), no segundo mês 154 (100%), e no terceiro mês 237 (100%).

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

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

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre diversos temas como: 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 terem 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. Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos:

no primeiro mês 199 (100%), no segundo mês 383 (100%), e no terceiro mês 657 (100%).

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

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

Em todas as consultas os usuários receberam orientações sobre diversos temas como: sobre higiene bucal, sobre os riscos de Doenças Cardiovasculares e Neurológicas, 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 terem 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. Neste indicador tivemos os seguintes desenvolvimentos: no primeiro mês 85 (100%), no segundo mês 154 (100%), e no terceiro mês 237 (100%).

4.2 Discussão

O processo de intervenção na UBS Paraíso do Sul/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 da linha 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 pediosos 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, alguns usuários 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 com o projeto. Referentes ao objetivo de melhorar a adesão destes usuários fizeram 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 patologias 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 MS, 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 patologias, 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.

Se neste momento se fosse a iniciar o projeto de intervenção em minha UBS os resultados seriam muito melhores, porque para satisfação de nossa equipe e da comunidade, depois de meses de luta, nossa UBS contará com cinco agentes comunitários que irão atingir uma área da comunidade, o que faria um trabalho com melhor organização e programação. Os AC nos ajudariam muito no processo de

cadastro de destes usuários, o qual permitiria cumprir com as metas propostas no projeto, além disso, teríamos melhor seguimento e controle dos mesmos a sua assistência as consultas programadas.

Minha UBS já está registrada como ESF, mas ainda não mudou as estratégias de trabalho, quando as mesmas forem mudadas, poderíamos incorporar a intervenção à rotina diária de nosso serviço melhorando assim o cadastramento de toda a população de nosso município nas outras doenças crônicas, além disso, já trabalharemos em quanto à promoção e prevenção das mesmas, ensinando a comunidade como mudar estilo de vida para prevenir possíveis complicações, e com isso melhorar cada dia mais a atenção da saúde de nossa população, melhorando assim a qualidade de vida destes usuários.

5 Relatório da intervenção para gestores

Destinatário: Sr. Claiton Cleo Muller. Secretário de Saúde de Paraíso do Sul.

Realizamos uma Intervenção, como parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, isto só foi possível devido ao apoio da equipe e da gestão. A intervenção foi desenvolvida no período de abril- julho 2015 teve uma duração de 12 semanas, trabalhamos na qualificação da atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família de Paraíso do Sul. Nossa intervenção transcorreu com sucesso.

A população que temos vinculada à equipe é de 7365 habitantes residentes na área de abrangência. Segundo os dados plasmados da população atendida na UBS nos Caderno de Ações Programáticas que utilizamos, a estimativa do número de usuários hipertensos residentes na área era de 1120, e 276 usuários diabéticos.

Foram alcançados resultados positivos em quanto à cobertura e qualidade dos atendimentos da população alvo na UBS com a participação de todos os membros da equipe. As pessoas que participaram da intervenção e a comunidade em geral encontram-se satisfeitas com os atendimentos ofertados pela equipe de saúde. Na UBS foi possível atualizar o cadastro e os registros dos usuários hipertensos e diabéticos, foram realizadas as atividades segundo o preconizado no cronograma. Foi possível manter uma atualização dos exames complementares é exame clínico aos usuários, avaliar os tratamentos para estas duas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia Popular/Hiperdia, e deste modo manter um melhor controle dos usuários com estas doenças.

Trabalhou-se com os usuários faltosos a consulta e com a busca ativa dos mesmos, se avalio ademais a necessidade de atendimento odontológico. Ao avaliar

os fatores de risco cardiovascular, orientamos a importância de aderir hábitos mais saudáveis para ter assim uma melhor qualidade de vida.

Recebemos muito apoio por parte da gestão, como a prioridade na marcação dos exames complementares o que favoreceu maior rapidez na atualização dos dados em cada usuário que participou na intervenção.

Nossa intervenção está modificando a visão dos profissionais da equipe em relação à planificação da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, tivemos fortificação da relação equipe-comunidade e melhor controle destas duas doenças. Temos aspectos que devem ser melhorados para manter a intervenção: os agendamentos das consultas, e melhor planificação e programação das visitas domiciliares aos usuários que moram longe.

Com a intervenção, alcançamos nosso objetivo planejado no início da intervenção: Melhorar a Atenção Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos de nosso município. A equipe ganhou melhor organização e planejamentos de suas ações, a comunidade ganhou mais espaço com sua participação, e, o município ganhou um programa com maior qualidade, a possibilidade de continuar com a Intervenção e implementar a mesma em outras ações programáticas, melhorando a qualidade de atenção à saúde de nossa comunidade, sempre assumindo e contemplando os princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação popular.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Destinatário: Sr. Elieser Silveira. Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Diante o desenvolvimento das atividades na Unidade Básica de Saúde de Paraíso do Sul, realizamos uma intervenção de 12 semanas de duração, foi desenvolvida no período de abril- julho 2015 com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ ou diabetes na unidade de saúde da família de nosso município.

Temos uma população de 7365 pessoas residentes na área de abrangência da UBS, e de acordo com as cifras dos cadernos de ações programáticas, temos 1120 usuários hipertensos e 276 usuários diabéticos.

Primeiramente se organizo os atendimentos destes usuários todos os dias com o fim de obter o maior cadastramento possível dos mesmos. Além disso, se conseguiu uma melhor organização do acolhimento dos usuários diabéticos e hipertensos na UBS, questões que contribuíram na melhoria da qualidade dos atendimentos, os quais são realizados segundo os parâmetros estabelecidos no protocolo do Ministério de Saúde.

Outro logro foi à adesão da equipe, e o desenvolvimento de um trabalho em união, o que favoreceu positivamente a qualidade dos atendimentos. Com a ajuda de todos os profissionais da equipe se melhorou na atualização 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. A cobertura do programa foi ampliada para um 58.7% dos usuários hipertensos e para um 85.9 % dos diabéticos, com a intervenção. Segundo o estabelecido no protocolo foi possível manter uma atualização dos exames aos usuários avaliados. Também foi possível avaliar os tratamentos para estas duas doenças dando prioridade aos medicamentos disponibilizados na farmácia Popular/Hiperdia, e deste modo, manter um melhor controle das mesmas.

Todos os usuários foram avaliados quanto aos fatores de risco cardiovascular e a equipe orientou quanto à importância da adesão de hábitos de vida saudáveis. Foram identificados os usuários faltosos a consulta fazendo busca ativa dos mesmos.

É do conhecimento da comunidade em geral, a existência do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Recebemos apoio pela comunidade, juntamente com as lideranças comunitárias; na divulgação deste projeto, e a parceria com o Conselho Municipal de Saúde, foram imprescindíveis para obtermos estes resultados.

Cumprimos com nosso objetivo melhorar a Atenção a Saúde destes usuários, reforçamos a importância do trabalho em conjunto, comunidade, equipe e gestão, a fim de continuarem as melhorias na atenção à saúde em nosso município.

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 12 semanas de desenvolvimento de nosso projeto de intervenção, realizado na unidade básica de saúde de família do município de Paraíso do Sul, 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. A princípio pensei que ia ser 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 se conseguimos ampliar 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, porque continuaremos cadastrando mais usuários.

O curso de especialização constituiu um apoio educacional e instrutivo em minha prática profissional neste país, 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 multiplex doenças aqui no Brasil, além disso, de ajudar a melhorar nosso português. Através deste 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 de minha orientadora, a qual sempre estive disposta a ajudar com

muito carinho e paciência, corrigindo nossos erros, participando a distância, mais sempre presente em cada atividade. Todo o aprendizado no curso foi muito interessante, a qual sempre levarei comigo como uma experiência única, maravilhosa e inolvidável, pois nunca antes tinha participado de um curso a distância.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas, Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas, Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica da Doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AM. **I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular**. Arq. Bras. Cardiol. v.100, n.3, p. 1-40, 2013.

Apêndices

APÊNDICE A - -FOTOS DA INTERVENÇÃO





Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 4						
1	Dados para coleta	Numero do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?
2						
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1				
5		2				
6		3				
7		4				

G	H	I	J	K	L
O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

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