

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria do programa de atenção as pessoas com Hipertensão Arterial
e à Diabetes Mellitus na UBS/ESF Jose Pedro De Almeida Leites, Pedro
Osório/RS**

JIOVANY GONZALEZ VARONA

Pelotas, 2016

JIOVANY GONZALEZ VARONA

**Melhoria do programa de atenção as pessoas com HAS e/ou DM na
UBS/ESF Jose Pedro De Almeida Leites, Pedro Osório/RS**

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

Orientador: Ernande Valentin do Prado

Pelotas, 2016

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

V323m Varona, Jiovany González

Melhoria do Programa de Atenção As Pessoas com HAS e/ou DM na UBS/ESF Jose Pedro de Almeida Leites, Pedro Osório/RS / Jiovany González Varona; Ernande Valentin do Prado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

79 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos seres mais queridos que sempre depositassem a confiança em mim apoiando em tudo, tiveram paciência pela ausência durante o tempo todo.

Agradecimentos

A meu orientador, Ernande Valentin do Prado e a antiga orientadora Betânia Rodrigues dos Santos, pela sua presença ao longo do curso. Sua compreensão em todos os momentos de dificuldade.

A Equipe de Saúde da Família da UBS Jose Pedro De Almeida Leites, Pedro Osório/RS, pela compreensão e pela ajuda na implementação da intervenção das ações desta Especialização.

Aos usuários que concordaram em participar deste trabalho tornando possível sua realização.

Enfim, a todos aqueles que de um modo ou de outro, contribuíram para que este trabalho fosse concluído com sucesso, meu sincero agradecimento.

Resumo

GONZÁLEZ VARONA, Jiovany. **Melhoria do programa de atenção as pessoas com HAS e/ou DM na UBS/ESF Jose Pedro De Almeida Leites, Pedro Osório/RS.** Ano. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) se constituem como as principais Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) geradoras de possíveis complicações como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE). Mediante a Análise Situacional, verificou-se a necessidade de qualificar a atenção aos usuários com diabetes e usuários com diabetes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jose Pedro De Almeida Leites, Pedro Osório/RS considerando-se para a intervenção os objetivos de aumento da cobertura e da adesão, qualificação da atenção, registro das informações, mapeamento dos usuários de risco cardiovascular e promoção saúde, assim como, utilizaram-se indicadores para avaliar a evolução da intervenção ao longo de 3 meses. Utilizaram-se como referências Caderno de Atenção Básica nº16 do Ministério da Saúde (MS) e os instrumentos disponibilizados pelo curso que foram as fichas-espelho e as planilhas de coleta de dados. As estimativas apontavam que na área de abrangência da UBS havia 783 usuários com diabetes e 214 usuários com diabetes, todavia, somente 14% deles, eram acompanhados na unidade de saúde bem como a qualidade do serviço de saúde demanda um aprimoramento e reorganização. Após a intervenção, as coberturas atingiram 278 (35.5%) para usuários com diabetes e 80 (37.4%) para usuários com diabetes. Realizamos exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes; Realizou exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes, em relação à estratificação do risco cardiovascular atingiram-se (93.2%) dos usuários com diabetes e (95.0%) dos usuários com diabetes com exames, e 100% de atividades de educação em saúde. Entretanto, a Saúde Bucal se mantém ainda com problemas dadas às circunstâncias do processo de trabalho, sendo atingidos (94.6%) para usuários com diabetes e (96.3%) para usuários com diabetes frente à atividade de avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A ação programática voltada aos usuários com diabetes e/ou usuários com diabetes foi incorporada à rotina da UBS, ainda que, com limitações derivadas da infraestrutura e da demora no retorno dos resultados de exames, pois, foi possível observar melhorias no atendimento aos usuários, sugerindo-se, ainda maior engajamento público.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica, Diabetes Mellitus, Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Imagem do centro da cidade	11
Figura 2	UBS José Pedro de Almeida Leite	12
Figura 3	Farmácia Municipal	13
Figura 4	Atividade em Grupo	46
Figura 5	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	49
Figura 6	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	50
Figura 7	Gráfico: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 8	Gráfico: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 9	Gráfico: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	53
Figura 10	Gráfico: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	54
Figura 11	Gráfico: Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	54
Figura 12	Gráfico: Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	55
Figura 13	Gráfico: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.	6
Figura 14	Gráfico: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular	56
Figura 15	Reunião educativa	58
Figura 16	Prática de exercício físico na academia da cidade	58
Figura 17	Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde	58
Figura 18	Cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes na unidade de saúde	62
Figura 19	Atividade em grupo	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAD	Especialização a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus de imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	36
2.3.3 Logística.....	42
2.3.4 Cronograma.....	45
3 Relatório da Intervenção	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços	51
4 Avaliação da intervenção	53
4.1 Resultados	53
4.2 Discussão	63
5 Relatório da intervenção para gestores.....	66
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	69
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	71
Referências	72
Anexos	73
Anexo A - Documento do comitê de ética	74
Anexo B- Planilha de coleta de dados	75
Anexo C-Ficha espelho.....	76
Anexo D- Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	77

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada à saúde de usuários com diabetes e/ou usuários com diabetes, no município **Pedro Osório/RS na UBS Jose Pedro De Almeida Leites**, Titulada: Melhoria do programa de atenção as pessoas com HAS e/ou DM na UBS/ESF Jose Pedro De Almeida Leites, Pedro Osório/RS.

O trabalho está estruturado em sete capítulos, que narram sobre o desenvolvimento da intervenção. Os capítulos são: 1- Análise Situacional, que descreve através de um texto, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, bem como a descrição da unidade e uma análise do processo de trabalho e a organização do serviço realizada nessa unidade. A seguir, o relatório da análise da situacional, apresenta o município e a atenção em saúde na unidade em questão. 2- Análise Estratégica, onde está descrito os passos da intervenção com base no foco identificado com os objetivos, as metas, a metodologia, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma da intervenção. 3 - Relatório da Intervenção, onde se relata todas as ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, as que não foram desenvolvidas, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço. 4 - Avaliação da Intervenção, apresentando os resultados obtidos e a discussão da intervenção. 5 - Relatório da intervenção para a comunidade, onde se detalha os benefícios da intervenção para a comunidade, em especial para os usuários com diabetes e usuários com diabetes. 6 - Relatório da intervenção para os gestores do município. 7- Reflexão sobre o processo individual de aprendizagem, último capítulo, expressando uma reflexão crítica sobre o processo individual de aprendizagem.

Desejamos a todos, uma boa leitura!

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS¹

Eu DrJiovany Gonzalez Varona trabalho no posto de saúde do município de Pedro Osório, meu município fica no sul do estado do Rio Grande do Sul. Oferecemos atendimento a aproximadamente quatro mil habitantes, oito horas por dia, de segunda a sexta-feira. Faz-se acompanhamento a gestantes, puérperas, crianças, adultos e pessoas idosas. Em nosso posto organizasse o trabalho de maneira casual e programado também para aqueles usuários que não podem vir um pouco, mas cedo a pegar as fichas para se atender, mas sempre se atende todos os usuários no mesmo dia já seja com uma consulta medica o de enfermagem, os dados dos usuários são registrados no prontuário individual e são respeitados os protocolos técnicos do ministério da saúde.

Não temos dificuldades de acesso, nem de estrutura física (embora ainda não tenha terminado a construção/reforma da unidade). A Unidade Básica de Saúde tem três consultórios médicos, uma sala de vacina, uma de curativo, uma de enfermagem, salão de reunião, cozinha, sala de coleta, recepção, um consultório odontológico e dois banheiros. Trabalha uma secretária, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma faxineira, uma odontóloga, oito agentes comunitários e eu, médico geral integral do programa Mais Médico.

Trabalha-se com o maior esforço possível, realizamos visitas domiciliares, falas educativas nos bairros para modificar hábitos e estilos de vidas prejudiciais á

¹ Este texto não foi corrigido, está exatamente como postado no link, na segunda semana de intervenção.

saúde, se trabalha com os grupos de usuários com diabetes, usuários com diabetes, para lograr o controle metabólico e lograr adesão ao tratamento. Fazem-se campanhas de vacinas, pesquisa ativa de Diabetes Mellitus com teste de glicose, pesquisa de hipertensão arterial com toma casual de pressão arterial na população, se oferece teste rápido de HIV e sorologia para Sífilis.

Em nossa equipe contamos com uma pediatra que faz consulta duas vezes por semana e um ginecologista que faz consulta uma vez por semana, o que melhora o atendimento de crianças e grávidas.

Todos os integrantes da equipe têm uma boa relação de trabalho, baseadas no respeito e ajuda mútua. Em nossa unidade se oferece um atendimento integral de fácil acesso á população que beneficia a sociedade, família e o cidadão. Trabalha-se em programar a estratégia da família e comunidade, o relacionamento com a comunidade e muito bom, tem participação nos grupos e nas atividades programadas por a equipe a pesar de no ser um 100%, mas pouco a pouco vamos melhorar a presença de todos os moradores da área.

Estamos conscientes da importância da estratégia de saúde da família e comunidade e sua importância para diminuir a prevalência de doenças crônicas e suas incapacidades, diminuir a mortalidade materno-infantil, elevar a esperança de vida ao nascer dos cidadãos ao trabalhar na promoção e prevenção de doenças modificando estilos de vida prejudiciais á saúde. E nosso maior desejo que isso aconteça. Trataremos de mudar tudo o que deve ser mudado para um melhor atendimento á população fazendo cada dia nosso maior esforço.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Pedro Osório encontra-se situado ao sul do estado Rio Grande do Sul, é um município pequeno, com uma população aproximada de 7.500 habitantes.



Figura 1: Imagem do centro da cidade

Tem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais oferecem atendimento pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). As duas unidades trabalham com Estratégia de Saúde Familiar (ESF), mas também tem resquício de Unidade Básica tradicional. Não há disponibilidade de Núcleos de Apoio a Saúde Familiar (NASF), Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); temos um pronto atendimento, duas ambulâncias para transportar os doentes para serviços de saúde mais especializados. Temos um laboratório de análises clínicas, o que permite o agendamento dos exames laboratoriais, porém é muito demorado. Os exames de raios-X e as ultrassonografias são realizados em na santa casa do município e os eletrocardiogramas no outro posto de saúde do município, mas o tempo de espera é de mais de um mês. Temos uma Santa Casa para as internações hospitalares e o pronto atendimento.

A UBS José Pedro de Almeida Leite, figura 2, tem uma área de abrangência de aproximadamente de 4.009 habitantes, situado em uma zona urbana. Tem uma equipe de saúde. Funciona como ESF, trabalha um médico do Programa Mais Médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma recepcionista, uma cirurgiã dentista, mas também tem o resquício de Unidade Básica de Saúde, com as especialidades de pediatria, que faz consulta duas vezes por semana, e um ginecologista que faz consulta uma vez por semana, o que melhora o atendimento de crianças e grávidas. Contamos também com oito agentes comunitários de saúde (ACS). Não contamos com nutricionista, e nem psicóloga.



Figura 2: UBS José Pedro de Almeida Leite

Enquanto estrutura física e material, a UBS tem boa iluminação e ventilação. As paredes e os pisos são laváveis, não tem barreiras arquitetônicas. Têm três consultórios médicos, sala de vacina, sala de enfermagem, cozinha, dois banheiros, boa sinalização. Mas apresenta algumas dificuldades estruturais, por exemplo, em uma só sala ficam o curativo, procedimento, recepção, lavagem e descontaminação do material, o que não é o adequado, segundo o Manual de adequações Técnicas do Ministério da Saúde.

No posto temos balanças e antropômetro infantil, estetoscópio, otoscópio, fita métrica, glicômetro, negatoscópio, tensiômetro, espéculos, estetoscópio de Pinar, mas utilizamos mais o sonar. Não temos autoclave. Utilizando uma estufa para a esterilização do material, também não temos material de sutura. Não temos bom sistema de manutenção e reposição de materiais. Já fizemos o levantamento dos equipamentos em falta e passamos para a gestão. Temos um consultório odontológico com boa disponibilidade de equipamentos e instrumentos para os cuidados básicos, como amalgamador, fotopolimerizador, compressor, instrumental para urgências, para procedimentos cirúrgicos e exame clínico, assim como materiais para atividades educativas. Existe acesso à internet, mas não é de boa qualidade, e telefone próprio da UBS. Ainda não está implantado o prontuário eletrônico. Temos dois computadores e duas impressoras para uso da equipe de saúde. Isso permite acessar as bibliografias, agendamento e marcação de atendimento, exames, cadastramento de usuário e famílias, acessar aos protocolos, registro de atendimentos, entre outros. Não contamos com caixa de som e câmara filmadora, às vezes apresentamos dificuldades com o transporte para fazer as visitas domiciliares, isso dificulta o trabalho de

promoção e prevenção de saúde. Não temos os medicamentos em comprimidos definidos no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos Complementares para Assistência Farmacêutica na APS. A farmácia do município fica no centro da cidade, mais ou menos a 3 km da nossa unidade, sendo uma estratégia do município que as pessoas procurem a medicação na mesma, já que no momento no contamos com farmácia na UBS. Temos medicação em ampolas para situações de urgências, mas o reabastecimento não é o adequado.



Figura 3: Farmácia Municipal

Realizam-se vacinas de acordo com o programa nacional de imunizações. Também são realizados teste rápido de HIV, Sífilis e glicemia capilar. Não existem materiais bibliográficos, nem protocolos das doenças o que obriga à equipe a procurá-los pela internet. Todas as deficiências encontradas ao preencher os questionários com base no marco legal da Análise Situacional são de conhecimento da equipe de trabalho, assim como do secretário de saúde. Trabalha-se na busca das soluções a tantas problemáticas é lograr um bom engajamento dos profissionais de saúde de nosso município com outros municípios vizinhos de mais desenvolvimento, para garantir um melhor acesso aos serviços de saúde de nossa população.

Os cuidados em saúde à população da área de abrangência são feitos na UBS, em visitas domiciliares, e nas escolas, assim como em alguns espaços comunitários onde se faz educação em saúde. Com o apoio dos ACS se realiza a entrega de materiais de curativos e remédios para aquelas pessoas que não podem pegar nas farmácias populares nem na farmácia da secretaria de saúde.

Em nossa UBS se realizam atendimentos de urgência e emergência, não se realiza suturas, já que os materiais que foram pedidos pela equipe ainda não chegaram. Quando necessário, as pessoas são encaminhadas para o pronto

atendimento do nosso município já que contamos com esse serviço, respeitando os protocolos de atendimento e o fluxo de referência e contra referência. Nossa equipe se reúne semanalmente, discutem os problemas de saúde da comunidade, as estratégias de trabalho, confeccionamos a agenda de trabalho, fazemos discussão de casos clínicos, o planejamento das ações, tudo o que nos ajuda a uma melhora e perfeição do trabalho. Fazemos atividades de qualificação da atenção à saúde da população para melhorar os serviços de saúde e fortalecer o controle social. As doenças e agravos de notificação compulsória são notificados pelos médicos, enfermeiros e ACS. Fazemos busca de faltosos a consulta e acompanhamentos aos usuários em situações de internação hospitalar, nos preocupamos pela evolução.

O acolhimento de nosso posto de saúde é realizado todos os dias de atendimento da UBS, em todos os turnos de atendimento por qualquer trabalhador, independentemente da função que desempenha.

Não temos excesso de demanda diariamente, só de maneira muito casual. Em relação à população da área adstrita, temos aproximadamente 4.009 pessoas adstritas na área, distribuídos por idade: menos de 01 ano (M 72, F 28); de 1- 4 anos (M44, F57); de 5 - 6 (M82, F96); de 7 – 9 (M102, F146); de 10 – 14 (M187, F188); de 15 – 19 (M196, F198); de 20 – 39 (M460, F389); de 40 – 49 (M285, F239); de 50 – 59 (M240, F241); de 60 ou mais (M367, F391). Contamos com uma equipe de saúde. Funciona como ESF, trabalha um médico do Programa Mais Médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma recepcionista, uma cirurgiã dentista, mas também tem o resqúcio de Unidade Básica de Saúde, com as especialidades de pediatria, que faz consulta duas vezes por semana, e um ginecologista que faz consulta uma vez por semana, duas clínicas gerais q também fazem consultas duas vezes na semana. Contamos também com oito agentes comunitários de saúde (ACS), pelo que com essa equipe para nossa área adstrita estamos bem completos para dar uma boa atenção de qualidade a toda à população.

Sobre o atendimento as gestantes. Temos nove gestantes em nossas áreas e 100% são acompanhadas pela enfermeira e medico da ESF. Oferecemos consultas de Atenção ao Pré-natal duas vezes por semana, programada no turno de manhã, mas atendemos qualquer outro dia, em caso de intercorrências. Desconhecemos a existência de gestantes fora de nossa área de cobertura.

O número de grávidas com acompanhamento em nossa UBS é menor do que o estimado pelo Caderno de Ações Programáticas, o que leva a refletir que temos um

registro abaixo do estabelecido e que é muito possível que fiquem grávidas em nossa população sem atendimento pré-natal na UBS.

Temos dificuldades na atenção pré-natal, mas as grávidas que fazem acompanhamento na unidade de saúde recebem tudo que é preconizado pelo Ministério da Saúde: Exames em todos os trimestres da gestação, imunizações, consultam com odontologia, psicologia, controle do câncer de mama e colo de útero, conhecem os riscos do tabagismo, álcool, drogas durante a gestação, a importância da anticoncepção no pós-parto. O posto de saúde tem um médico clínico geral, que sou eu.

Não existem arquivos específicos para o atendimento as gestantes. Os dados das grávidas são preenchidos no prontuário da usuária, e formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, e ficha de vacinação, o que permitiu preencher o Caderno de Ações Programáticas.

Quanto ao número de puérperas, temos oito, sendo 100% acompanhadas pela equipe. São atendidas no mesmo esquema das gestantes, duas vezes por semana.

Saúde da Criança. Em nossa área adstrita temos estimados, pelo CAP, 48 crianças menores de 12 meses e 20 crianças acompanhadas pela equipe. De zero a 72 meses são estimadas 74 crianças e a equipe acompanha 36. Temos que trabalhar para melhorar a qualidade do atendimento as crianças, já que nossa equipe não tem controle sobre o que se passa na realidade do atendimento às crianças de nossa área. Não temos implantado o programa de acompanhamento às crianças, são ofertadas apenas consulta médica, conforme demanda e vacinas. No entanto sabemos que há crianças faltosas as consultas, vacinas e as atividades dos grupos, mas com a ajuda de nossos ACS vamos procurar resolver esse problema, já que eles sempre procuram o porquê de essa não assistência e trazem retornos para a equipe do trabalho e do atendimento. Acredito que com o bom trabalho dos ACS melhorará a qualidade do trabalho na Atenção Primária de Saúde. Mas, embora sem o programa, os profissionais da UBS que participam nas puericulturas preenchem os prontuário clínico e formulário especial da puericultura com informações sobre medidas antropométricas, reflexos, fórmula dentária, tipo de ablactação ou alimentação suplementar e desenvolvimento psicomotor para assim detectar alterações do processo de crescimento e desenvolvimento das crianças e dar orientações aos

representantes sobre seus filhos ou afilhados. As vacinas são agendadas ao terminar da consulta, sempre prevendo a próxima dose.

Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama. A CAP estima que são 1.104 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade em nossa área. 85%, ou 943 mulheres, estão sendo acompanhadas. Toda a equipe participa das ações de educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino. Com essas atividades incrementamos o conhecimento dos fatores de riscos e sinais de alerta do câncer. Também todos os profissionais da equipe trabalham na promoção e prevenção dos fatores de riscos, promovendo o uso do preservativo e oferecendo falas educativas no processo de acolhimento no posto. Nossa unidade de saúde realiza-se coleta de exame cito patológico dois dias da semana no turno da Manhã tarde o qual e de conhecimento de toda a população e realizado prévio agendamento. Aproveita-se o contato para realizar prevenção, e investigar fatores de risco, o serviço é oferecido a todas as mulheres que procuram a UBS em busca de atendimento, e também para aquelas que não procuram o serviço em suas casas com o apoio das visitas domiciliares por parte dos ACS. Realiza-se o rastreamento organizado o qual é registrado no prontuário clínico, já que não contamos na UBS com os formulários especial para cito patológico. Temos um livro com os dados das mulheres que têm feito o exame, por ele é que a enfermeira verifica atrasos, não apresentação das usuárias programadas para realizar o exame. Mas ainda não contamos com o registro para seus resultados só com o prontuário. A enfermeira em conjunto com o ginecologista e o clínico geral, planeja e coordena o programa.

Temos deficiências no programa, já que o número de mulheres no controle do pré-câncer fica abaixo do estimado pelo Caderno para nossa população. O número de mulheres com exame cito patológico alterado não se corresponde com a incidência-prevalência da doença no Brasil o que demonstra que nem todas as mulheres da área de abrangência fazem acompanhamento da UBS. Não se trabalha com o grupo de mulheres, as atividades de promoção e prevenção se oferecem só na UBS no processo de acolhimento ou consulta. Temos mulheres com exames cito patológicos atrasados com mais de seis meses nas quais é realizada busca ativa pela equipe, maiormente a traves dos ACS. A equipe faz reuniões para avaliar a qualidade do programa traçando estratégias para melhorar a assistência das mulheres a UBS para a realização do exame cito patológico.

Na prevenção do câncer de mama temos também dificuldades porque não se faz um bom acompanhamento. Só se faz exames por demanda espontânea. Não usamos protocolos de controle do câncer de mama, não temos conhecimento das mulheres com mamografia alteradas nos últimos três anos, nem com mamografias atrasadas. Não se tem nenhum arquivo específico para o registro dos resultados do programa. Ninguém se dedica ao planejamento, coordenação nem avaliação da situação

Hipertensão Arterial e à Diabetes Milicos. A CAP estima que em nossa área haja 896 pessoas com hipertensão Arterial Sistema e 256 com Diabetes Mellitus. Destes, 82%, 738 são acompanhados com HAS e 80%, 206 pessoas, e com DM. São realizadas ações de educação em saúde O atendimento é oferecido pelos médicos clínicos, a enfermeiras, as técnicas de enfermagem e os ACS, não existindo excesso de demanda. Realizam-se atendimento as pessoas residentes dentro e fora da área de cobertura. Após a consulta, é agendada a consulta seguinte. O atendimento é registrado no prontuário clínico somente, já que não contamos com o arquivo específico.

Temos programa de atendimento as pessoas com hipertensão e diabetes, sendo a enfermeira a responsável pelo programa. Ainda temos deficiências a serem melhoradas no acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes. É realizado estratificação de risco cardiovascular, teste de glicose para portadores de diabetes, orientações sobre prevenção da doença. As atividades de grupo se realizam no âmbito da UBS duas vezes ao mês, mas o percentual de adesão fica baixo ainda. As ações têm melhorado desde a chegada minha à equipe, pela periodicidade e constância das atividades.

O Atendimento às pessoas idosas. A CAP estima em 547 o número de idosos em nossa área. Como não temos atendimento específico, não sabemos dizer quantos são atendidos, no que se refere à saúde do idoso. Eles são atendidos na demanda geral e são oferecidos a eles o mesmo que é oferecido a qualquer outra pessoa. Fazemos atendimento por demanda espontânea, tanto de pessoas de nossa área quando de fora, todos os dias e todos os turnos de trabalho. São agendadas consultas e se oferece atendimento a problemas de saúde agudo, não existindo excesso de demanda. Temos a caderneta de saúde para pessoas idosas a qual e preenchida, usada é entregue para cada idoso. Não existe nenhum arquivo específico para esse grupo etário, não usamos protocolos de atendimento para idosos, mas se realizam os

encaminhamentos a outras especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e atendimento em pronto-socorro.

Priorizamos o controle dos idosos acamados, com hipertensão e com diabetes, os quais participam das atividades dos grupos de HAS e Usuários com diabetes, e outro pouco de idosos que vão ao posto por problemas de saúde agudos. Nas reuniões da equipe devemos trabalhar para organizar as ações para este grupo vulnerável. Devemos incrementar as visitas domiciliares e contar com o apoio dos ACS na procura das pessoas que não estão sendo atendidas.

Sobre a atenção a saúde bucal oferecida pela UBS, temos atendimento odontológico dois dias da semana em um único turno, que é o da tarde. Nossa unidade de saúde tem todos os equipamentos necessários para a consulta de saúde bucal. A equipe de saúde bucal está integrada por uma médica cirurgiã dentista, não temos assistente ou técnica em odontologia. A UBS só tem uma cadeira odontológica e um compressor. Agendam-se 12 consultas odontológicas, mais alguma urgência que chegue por demanda espontânea, não tem excesso delas. Priorizam-se as atividades de promoção e prevenção de saúde bucal nas escolas e na unidade de saúde. São oferecidas orientações sobre alimentação saudável e higiene bucal direcionada a toda população no processo de acolhimento das pessoas, se realizam atividades educativas nas escolas da comunidade. Programam-se consultas, as quais são mais direcionadas as crianças e grávidas, por existir, mais demandas espontânea por problemas de saúde bucal agudo nessas populações. Sempre procuramos o retorno do paciente faltoso com ajuda de nossos ACS.

Não foi possível preencher todos os dados do Caderno de Ações Programáticas por não ter na unidade uma boa organização do trabalho odontológico. Vejo que temos muitas dificuldades nas quais precisamos trabalhar. Na unidade já existe registro com os dados dos atendimentos, mas não tem organização por grupos etários nem por grupos priorizados, nem por primeira consulta ou seguimento, o que dificulta determinar os dados solicitados pelo Caderno de Ações Programáticas. Não se cumpre com o número de ações coletivas estabelecidas pelo Ministério da Saúde por semana, não se faz uma boa programação das atividades com os grupos priorizados, se oferece um número de fichas limitadas para atendimento as crianças e para grávidas. Não se programam atividades com os outros grupos. Não são realizadas reuniões periódicas para avaliar o trabalho. Vamos tentar incorporar à profissional de saúde bucal as reuniões periódicas da UBS para que informe o

desenvolvimento do trabalho, e para que possamos juntos avaliar a qualidade do atendimento. É necessário, incrementar as horas de atividades coletivas, assim como trabalhar com os grupos priorizados, mas penso que para lograr isso precisamos de outra odontóloga, técnica ou auxiliar. É preciso melhorar a qualidade do registro de atendimento odontológico e diferenciar os atendimentos por grupos etários, ingressos e seguimentos, tratamento inicial concluído ou não, consulta programada ou urgência para assim poder ter certeza dos dados do atendimento odontológico.

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

Comparar o texto inicial feito sobre a ESF\APS em meu serviço com o relatório atual permitiu-me avaliar como a primeira redação foi superficial e não detalhou todas as deficiências da unidade de saúde, não se procurou soluções. Foi uma redação bem geral, um resumo das questões que achei que eram deficiências e aspectos positivos no serviço sem ter conhecimento dos indicadores gerados pelo Caderno das Ações Programáticas. Após o preenchimento dos questionários e o Caderno de Ações Programáticas minha visão mudou, vi como deficiências muitas situações que achava normal. É por isso que o relatório atual faz uma descrição detalhada da UBS, expressa o ganho de conhecimento sobre a estrutura da UBS, enumera todas as deficiências, procura soluções, sendo uma análise completa da situação de saúde da unidade básica e dá aos profissionais de saúde os conhecimentos necessários para fazer as mudanças para melhorar o funcionamento da equipe como ESF na APS segundo aos princípios do SUS. Permitiu-me refletir sobre a importância da ESF como um modelo de assistência focada na promoção à saúde, na prevenção de agravos e na priorização da pessoa, e não da doença.

O texto inicial e o relatório atual concordam que as principais deficiências na UBS são a falta de terminar sua construção, a carência de alguns materiais para tratamentos e melhora dos usuários, a falta de recursos já pedidos e ainda sem chegar ao posto, a não muito boa conexão a internet, não ter em nosso posto dentista fixo, os protocolos de tratamento que estão muitos em carências. Penso que nossa Secretaria de Saúde tem que se esforçar um pouco mais para o melhoramento das

funções e para uma atenção de qualidade a população. O maior recurso da unidade são as boas relações de trabalho dos profissionais da equipe, o desejo de todos em oferecer atenção primária de qualidade à população, a boa aceitação pelos usuários da comunidade. Outra deficiência é o pouco trabalho de educação em saúde com os grupos, mas isso está mudando progressivamente, como pode ser percebido no relatório.

Mudanças positivas já estão acontecendo em função da aplicação dos questionários e do preenchimento do Caderno das Ações Programáticas pela equipe. A Secretaria de Saúde fica na ajuda de aquisição de protocolos, cadernetas, registros, testes, medicamentos de urgências, os quais serão fornecidos pouco a pouco e, além disso, as demais deficiências nas quais nos apoiaram. Possibilitou-se incrementar a percepção, conhecimento e motivação da equipe no controle dos grupos priorizados, assim como no trabalho da ESF. Já se trabalha na organização dos registros, nas atividades com os grupos. Ainda não temos prontuário eletrônico, mas já está se trabalhando nesse aspecto, a construção da UBS está bastante adiantada. São realizadas reuniões da equipe com periodicidade definida, incrementaram-se as visitas domiciliares. Incrementaram-se as atividades de educação em saúde. Pouco a pouco as mudanças estão acontecendo

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Diabetes Mellitus configure-se hoje como uma epidemia mundial é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e associada a complicações, disfunções e insuficiências de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. No Brasil com o transcorrer do tempo vem se fazendo muitas mudanças para melhorar os indicadores de mobilidade e mortalidade por essas doenças, mas falta muito por fazer e melhorar. Nosso foco de intervenção será em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus porque na minha UBS temos muitas consultas com esses usuários e gostaria melhorar a saúde dos mesmos, diminuindo os indicadores de mobilidade e mortalidade.

A estrutura da minha unidade básica não apresenta dificuldades de acesso, nem de estrutura física, mesmo a UBS ainda estando em construção. A unidade básica de saúde tem três consultórios médicos, uma sala de vacina, curativo, sala de enfermagem, salão de reunião, cozinha, sala de coleta, recepção, um consultório odontológico e dois banheiros. Trabalha uma secretária, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma faxineira, uma odontóloga, oito agentes comunitários, um ginecologista e duas medicas clinicas geral que fazem consultas duas vezes na semana e eu, médico geral integral do programa Mais Médico.

Temos disponibilidade de materiais e equipamento para a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes.

A UBS Jose Pedro de Almeida Leite tem uma população de 4009 usuários, de eles 783 pessoas maiores de 20 anos com HAS e 214 com DM. A população de usuários com diabetes acompanhada na unidade de saúde é de 82% do estimado, o que demonstra que ainda ficam muitos usuários com hipertensão e diabetes na comunidade sem diagnóstico, sem tratamento e sem seguimento adequado pela unidade de saúde. Os indicadores de qualidades não são os melhores, embora se faça estratificação de risco cardiovascular, se dá orientações sobre prevenção da doença e se agenda no prontuário clínico. As atividades de grupo se realizam no âmbito da UBS duas vezes ao mês, mas o percentual de adesão é baixo. Com o grupo de usuários com diabetes o mesmo ocorre, o número de usuários em controle fica abaixo do estimado pelo Caderno, só temos o controle de 80%. Os indicadores de qualidades demonstram que não se faz um bom acompanhamento do programa de Diabetes Mellitus, um exemplo é a avaliação de saúde bucal do grupo em questão. Temos que oferecer teste de glicose aos usuários com riscos de Diabetes, para descartar a doença, o que ajudará também a incrementar o número de usuários em controle. São desenvolvidas algumas ações de promoção (orientação sobre estímulo à prática da atividade física regular, caminhadas, orientação nutricional para alimentação saudável, avaliação de saúde bucal, controle do peso corporal, vídeos que orientem sobre os malefícios do tabagismo, o consumo excessivo de álcool, assim como todas as medidas de prevenção das complicações da doença) utilizando todos os espaços disponibilizados para a escuta, tanto em consulta como na visita domiciliar e atividade com o grupo de HAS e DM.

A equipe tem disposição e comprometimento para trabalhar no foco de intervenção, já que é muito importante mudar o estilo de vida da população para um estilo de vida saudável e assim melhorar a saúde desses usuários, garantindo uma melhoria da qualidade de vida e diminuindo os indicadores de morbidade e mortalidade. Dentro das principais limitações temos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, e a não realização de atendimento odontológico dos usuários com diabetes e usuários com diabetes proposto como meta na intervenção. Entre os aspectos que viabilizam a realização da intervenção temos a OMIA, PCD, Ficha Espelho e Prontuários, além do empenho da equipe. Nossa intervenção pode melhorar a cobertura e assistência, mantendo um acompanhamento

e monitoramento dos usuários cadastrados no programa e assim contribuir efetivamente para a qualidade de vida dos usuários e seus familiares.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar o programa de atenção as pessoas com HAS e/ou DM na UBS/ESF Jose Pedro de Almeida Leites, Pedro Osório/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com diabetes e/ou usuários com diabetes

Meta 1.1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 30% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivos2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com diabetes e/ou usuários com diabetes

Meta2. 1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta2. 3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedidos e medida da sensibilidade).

Meta2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes

Objetivo 3 : Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5- Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6- Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

O presente projeto tem um prazo de execução de 3 meses, tendo como local da intervenção a unidade de saúde Jose Pedro De Almeida Leites, localizada no município de Pedro Osório-RS, com uma população estimada de 4009 habitantes. Os atores envolvidos são os profissionais da equipe de ESF. O projeto tem como finalidade melhorar a atenção ofertada aos usuários com diabetes e usuários com diabetes em acompanhamento na UBS da comunidade em questão.

2.3.1 Detalhamento das ações

Referentes ao objetivo específico 1: Ampliar a cobertura de usuários com diabetes e usuários com diabetes

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários com diabetes e usuários com diabetes cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: A enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com diabetes e usuários com diabetes que vieram à UBS realizar atendimentos. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

O monitoramento será realizado por mim e pela Enfermeira com base no número de consultas realizadas semanalmente. Serão monitorados os prontuários, fichas espelho e principalmente a Planilha de coleta de dados (PCD). Os ACS foram orientados a revisar o número de pessoas conhecidas em cada micro área e os convidar para participar do programa.

Eixo: Organização e Gestão do serviço

Ação: Garantir o registro das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa;

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM;

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Os registros serão garantidos pelo monitoramento semanal do preenchimento. Além disso, será desenvolvida capacitação sobre como fazer os preenchimentos, quando e onde.

Eixo: Engajamento público

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

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

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

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Detalhamento da Ação: Toda a equipe será capacitada sobre o que é HAS e DM, fatores de risco, prevenção e agravos, de modo que possam individualmente fazer orientações. Além disso, serão realizadas atividades coletivas na UBS e na área, como escolas e associações de moradores.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitações de ACS e equipe da UBS para o cadastramento, verificação corretada da pressão arterial e realização do hemoglicoteste.

Detalhamento da Ação: os ACS serão capacitados para rever e atualizar o SIAB de suas micro áreas e contribuir com a mobilização da população. Os técnicos de enfermagem serão capacitados quanto à verificação correta de PA, preenchimentos das fichas, e cabeçalho de prontuário e ficha espelho. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Referentes ao objetivo específico 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e diabetes;

Monitorar o número de usuários com diabetes e usuários com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;

Monitorar o número de usuários com diabetes e usuários com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da Ação: a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com diabetes e usuários com diabetes que vieram à UBS realizar atendimentos nos últimos três meses. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Os monitoramentos seguintes serão realizados pela verificação dos registros da ficha espelho da ação programática.

Eixo: Organização e Gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão e diabetes e usuários com diabetes.

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada dos protocolos impressa na unidade de saúde.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: A capacitação da equipe será realizada com base no protocolo e atendimento às pessoas com HAS e DM. Cada tema poderá ser desenvolvido por um profissional diferente, conforme seus conhecimentos. Durante as capacitações serão realizadas as discussões sobre as atribuições de cada profissional.

Já estão disponíveis na UBS cópias da versão atualizada dos protocolos adotados e ficarão disponíveis para consultas permanentes.

Será conversado com a gestão sobre a importância da disponibilidade de exames complementares e também da agilidade para realização dos mesmos, com a finalidade de garanti-los aos nossos usuários.

Como sistema de alerta para a realização, ou não, dos exames e da necessidade de medicamento, será estabelecido à revisão dos registros nas fichas espelho dos usuários.

Os estoques de medicamentos serão monitorados pelos profissionais atuantes na farmácia básica do município e informados aos profissionais sobre a disponibilidade.

Eixo: Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, além da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, além da periodicidade com que devem ser realizados;

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular municipal e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da Ação: Treinar os ACS para a orientação de usuários com diabetes e usuários com diabetes quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, além da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Conversar com membros da comunidade para desenvolvermos juntos atividades que tragam à UBS usuários com diabetes e usuários com diabetes, através de grupos e palestras nas comunidades. Organizar reuniões em comunidades para falar sobre a avaliação regular de extremidades. Treinar as ACS também sobre as orientações ao acesso dos usuários à farmácia popular municipal.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

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

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes;

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

Detalhamento da Ação: Capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com diabetes e usuários com diabetes. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Referentes ao objetivo específico 3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com diabetes e usuários com diabetes que vieram à UBS realizar atendimentos nos últimos três meses. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Os monitoramentos seguintes dos usuários faltosos serão realizados pela verificação dos registros da ficha espelho da ação programática.

Eixo: Organização e Gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher os usuários com diabetes e usuários com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da Ação: Treinar as ACS para reconhecer/buscar os usuários que necessitem realizar consultas e que as mesmas agendem visitas para usuários faltosos. Serão reservadas consultas na agenda de atendimento de usuários com diabetes e usuários com diabetes para acomodar os usuários provenientes das buscas.

Eixo: Engajamento público

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

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

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

Detalhamento da Ação: Treinar os ACS para a orientação de usuários com diabetes e usuários com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Conversar com membros da comunidade para desenvolvermos juntos atividades que tragam à UBS usuários com diabetes e usuários com diabetes faltosos, através de grupos, visitas domiciliares e palestras nas comunidades.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar os ACS para a orientação de usuários com diabetes e usuários com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da Ação: capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com diabetes e usuários com diabetes. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Referentes ao objetivo específico 4: Melhorar o registro das informações

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de usuários com diabetes e usuários com diabetes acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: A enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com diabetes e usuários com diabetes que vieram à UBS realizar atendimentos nos últimos três meses. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Os monitoramentos seguintes serão realizados pela verificação dos registros da ficha espelho da ação programática.

Eixo: Organização e Gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas;

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento;

Pactuar com a equipe o registro das informações;

Definir responsável pelo monitoramento registros;

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

Detalhamento da Ação: A enfermeira será responsável pelo monitoramento de registros e por manter o SIAB atualizado, a planilha para registro específico (ficha espelho) já está confeccionada, e a equipe da UBS está em treinamento.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento da Ação: Treinar os ACS para a orientação de usuários com diabetes e usuários com diabetes quanto aos seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. A orientação será passada aos usuários e seus familiares nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético;

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

Detalhamento da Ação: Realizar reuniões para capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e preenchimento de todos os registros.

Referentes ao objetivo específico 5: Mapear usuários com diabetes e usuários com diabetes de risco para doença cardiovascular

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: A enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com diabetes e usuários com diabetes que vieram à UBS realizar atendimentos nos últimos três meses. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso, além da participação em atividades de promoção de saúde e com pelo menos uma estratificação de risco ao ano. Os monitoramentos seguintes serão realizados pela verificação dos registros da ficha espelho da ação programática.

Eixo: Organização e Gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da Ação: Através de um sistema de triagem, em que uma técnica em enfermagem será treinada para esta função, usuários considerados de alto risco terão prioridade no atendimento.

Eixo: Engajamento público

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

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

Detalhamento da Ação: Faremos contato com a associação de moradores e com os líderes comunitários e apresentaremos o projeto esclarecendo a sua importância. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários com diabetes e usuários com diabetes e de esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento deste grupo populacional. As ações de orientação aos usuários sobre o seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular também serão desenvolvidas pela equipe de saúde nas visitas domiciliares e nos atendimentos individuais na UBS.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento da Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés, além da importância do registro destas avaliações e quais são as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. A capacitação será realizada com base nos protocolos da ação programática adotados pela unidade.

Referentes ao objetivo específico 6: Promoção da saúde

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais das pessoas com hipertensão e diabetes com o dentista;

Monitorar a realização de orientação nutricional e orientação quanto à atividade física aos usuários com diabetes e usuários com diabetes.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com diabetes e usuários com diabetes.

Detalhamento da Ação: A enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com diabetes e usuários com diabetes que vieram à UBS realizar atendimentos nos últimos três meses. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, além da participação em atividades de promoção de saúde. Os monitoramentos seguintes serão realizados pela verificação dos registros da ficha espelho da ação programática.

Eixo: Organização e Gestão do serviço

Ação: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

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

Detalhamento da Ação: Organizar uma reunião com o gestor e com os profissionais das diferentes áreas para estabelecer as prioridades de atendimento e de recursos para atingirmos nossas metas.

Eixo: Engajamento público

Ação: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Orientar usuários com diabetes e usuários com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da Ação: Faremos contato com a associação de moradores e com os líderes comunitários e apresentaremos o projeto esclarecendo a sua importância. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários com diabetes e usuários com diabetes e de esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento deste grupo populacional. As ações de promoção em saúde também serão desenvolvidas pela equipe de saúde nas visitas domiciliares e nos atendimentos individuais na UBS.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas e metodologias de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde;

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento da Ação: capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com diabetes e usuários com diabetes. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1 – Ampliar a cobertura a usuários com diabetes e/ou usuários com diabetes.

Meta 1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes.

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

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a usuários com diabetes e/ou usuários com diabetes.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes

Indicador 2.1.1: Proporção de usuários com diabetes com de exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.1.2: Proporção de usuários com diabetes com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 2.2. Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2.1: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2.2: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3.1: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.3.2: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta: 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Indicador 2.4.1: Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Indicador 2.4.2: Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Relativas ao objetivo 3 - Melhorar a adesão de usuários com diabetes e/ou usuários com diabetes ao programa.

Meta: 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão e diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1.1: Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Indicador 3.1.2: Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Relativas ao objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Meta: 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1.1: Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1.2: Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5. Mapear usuários com diabetes e usuários com diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta: 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1.1: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1.2: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde de usuários com diabetes e usuários com diabetes.

Meta: 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Indicador 6.1.1: Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.1.2: Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2.1: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2.2: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes e usuários com diabetes.

Indicador 6.3.1: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.3.2: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes e usuários com diabetes.

Indicador 6.4.1: Proporção usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4.2: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Na intervenção na atenção à saúde do programa de usuários com diabetes e usuários com diabetes, vamos a adotar o Manual técnico de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013. Já tem disponível na UBS o protocolo Caderno de Atenção Básica nº16 – Série A. Normas e Manuais Técnicos, Ministério da Saúde, 2010 que é utilizado quando necessário para esclarecimento de dúvidas da equipe. Para divulgar a intervenção da UBS ente as pessoas estão aproveitando o contato com a comunidade e/ou usuários durante os atendimentos, visita domiciliar, trabalho com os grupos já constituídos e como sempre nos apoiando em nossos ACS para uma melhor divulgação.

O cadastramento de pessoas com hipertensão e diabetes será realizado na unidade e as visitas domiciliares pela técnica de enfermagem, ACS ou enfermeira num registro feito com apoio de alguns dados já existentes nos prontuários de cada um deles. Cada pessoa com hipertensão e/ou diabetes terá uma ficha, já disponível na UBS, precisando então de 783 e 214 fichas respectivamente, as informações sobre o acompanhamento de saúde bucal, atendimento agendado ou espontâneo e as visita domiciliar serão anotadas no prontuário e a ficha espelho disponíveis no Município, será realizada a preparação do médico, o odontólogo, a enfermeira, ACS e a técnica de enfermagem sobre a coleta de dados e o monitoramento das diferentes intervenções com as pessoas com diabetes e usuários com diabetes. Ao final de cada semana os dados coletados em ficha espelho serão transcritos para a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pela UFPel, essa planilha calcula automaticamente todos os indicadores necessários ao monitoramento e avaliação da intervenção.

A intervenção será iniciada com o atendimento clínico, mas na semana anterior será realizada capacitação da equipe de saúde sobre o protocolo, sobre os

principais sintomas das doenças, os exames laboratoriais, os fatores de risco modificáveis, em horário de 15.00 Hs - 17.00 Hs semanal na UBS, onde falaremos destas doenças, que são comuns em nossa área de abrangência. Salientaremos que a maior parte do curso dessas doenças é assintomática por isso a importância na capacitação de reconhecimento dos sintomas e fatores de risco. Cada profissional da equipe estudará uma parte do Manual e exporá o conteúdo ao resto dos integrantes da equipe de saúde.

Estimamos alcançar com a intervenção a cobertura de da área de abrangência da unidade. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessário e para imprimir estas que serão anexadas aos prontuários.

Estimamos alcançar com a intervenção a cobertura de 30% das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da unidade. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessária e para imprimir estas que serão anexadas aos prontuários.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com hipertensão e diabete usuários com diabetes que acessaram ao serviço para controle nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exame clínico e laboratorial em atraso e vacinas em atraso.

Para o procedimento para a realização da tomada da pressão arterial em maiores de 20 anos que acessarem a UBS utilizaremos esfigmomanômetro e mangito já disponibilizado e com revisão de calibragem. Se realizará em ambiente calmo, com temperatura agradável, certificação do que o usuário não tenha bexiga cheia, não praticou exercício físico há 60-90 minutos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes, não está com as pernas cruzadas, a pressão será verificada pelo médico, a enfermeira ou técnica de enfermagem, sempre aproveitando o contato com o usuário, seja, em consulta, as visitas domiciliares ou quando em contatos com o grupo já constituído.

O acolhimento dos usuários será feito pela recepcionista e técnica de enfermagem todos os dias de consulta, os usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno, com a primeira avaliação pela enfermeira, se precisarem de atendimento será encaminhada ao médico também. As consultas de controle das

doenças terão prioridade no agendamento, deixando consulta disponíveis para pronto atendimento e atenção prioritária se precisarem.

Na comunidade se falará da importância do controle das doenças de forma regular. Faremos contato com associação de moradores e com representante das comunidades, utilizando as igrejas, as escolas e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância dele, solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a identificação de doentes, assim como os possíveis fatores de risco modificável (tabagismo, obesidade, stress, etc.).

Em visitas domiciliares os profissionais da saúde em conjunto com os ACS farão a busca ativa de usuários faltosos aos atendimentos e irão sensibilizá-los e responsabilizá-los para importância de seu seguimento e controle, assim como o uso contínuo de sua medicação, realização de exercício físico e manutenção da alimentação saudável.

A promoção em educação da saúde será realizada semanalmente em atendimentos e visita domiciliar pelos profissionais da equipe de saúde principalmente pelo médico. Será passada orientação ao odontologista para o atendimento de prioridade aos usuários com hipertensão e diabete usuários com diabetes classificados de risco odontológico. Organizaremos junto com a comunidade práticas coletivas de alimentação saudável, de atividade física regular, fundamentalmente caminhada diariamente por 30 minutos, orientar os usuários com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar este hábito nesta atividade vamos nos apoiar em nossos ACS.

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e a comunidade, aconteceram, respectivamente, nas seguintes datas:

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No eixo da avaliação e monitoramento foram solicitadas da Gestão as fichas espelho para os usuários com hipertensão e com diabetes e foi implantada na UBS, permitindo monitorar com maior eficácia, tanto a realização do exame clínico dos usuários com hipertensão e com diabetes, bem como o número de pessoas com exames laboratoriais em dia e com acesso aos medicamentos da farmácia popular.

Tive dificuldade nas primeiras semanas de intervenção para realizar um bom controle dos medicamentos existentes na farmácia popular da secretaria de saúde, pois fica a 3 km da UBS, no centro do povoado, o que muitas vezes dificulta o acesso. Realizei levantamento do estoque e data de validade dos medicamentos na farmácia em conjunto com a enfermeira, fizemos uma visita à farmácia popular do município. Ao longo da intervenção acompanhei a realização do pedido de medicamentos da farmácia, já que na UBS não contamos ainda com sala de farmácia, pois está em construção. Considero de extrema importância que o profissional médico tenha conhecimento dos medicamentos que estão à disposição na farmácia, na hora de prescrever um medicamento para um usuário, porque se for prescrito medicação que não está disponível, as chances de adesão ao tratamento são muito menores.

Também tive dificuldade em poder alcançar a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, isso pela demora em ser feito e o usuário pode retornar para consulta. Nem todas as pessoas com necessidade de atendimento odontológica foram atendidas, isso por falta de dentista fixo na equipe.

Ainda toda a equipe trabalha em conjunto com a secretaria de saúde para melhorar a assistência e vencer as dificuldades maiores, mas acredito que com a

intervenção já feita uma rotina de trabalho se conseguirá fazer todo muito melhor. A proposta da contratação de um dentista fixo para a UBS e farão as gestões para a pronta realização dos exames complementares.

Considero que o momento da consulta é um dos melhores para fazer orientações sobre alimentação, disponibilidade e uso de medicamentos, mas para as orientações serem bem assimiladas é necessário estar aberto para ouvir as dúvidas e anseios das pessoas e estar disposto a buscar soluções em conjunto para os problemas. Por isso aproveito bastante esse momento da consulta, mas sem abrir mão dos momentos de discussão coletiva. Nos Grupos, figura 1, é onde podemos conversar de forma mais diversa, de temas transversais sobre Hipertensão e Diabetes, trocar experiências, conversar sobre a vida e os direitos dos usuários do SUS.



Figura 4: Atividade em grupo

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não houveram ações previstas que não foram realizadas. Todas, embora com dificuldades, foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta de dados foi feita tranquilamente nas consultas, a maior dificuldade foi do registro na planilha de coleta de dados durante as duas primeiras semanas, mais com o de cursar da intervenção e o manuseio de toda a equipe da PCD, sem esquecer a ajuda da minha orientadora (Betânia, que me acompanhou até 10ª semana). Os diários foram todos feitos em tempo estabelecido e com as informações pedidas o que nos ajudou para refletir sobre o melhor atendimento.

Em algumas reuniões, em ações do dia a dia, foram feitas fotos, mas não em todas as atividades já que não todos os usuários gostam de ser fotografados, são costumes de pessoas idosas preferentemente pelo que não foram incorporadas no dia a dia, sem deixar de ressaltar que as fotos são de grande ajuda para o controle das atividades, a união do grupo, a integração dele e as lembranças.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações desenvolvidas durante a intervenção ficaram integradas a rotina da UBS, minha equipe e a população tiveram uma boa acolhida e aceitação, vamos dar continuidade às ações já implantadas. Continuaremos preenchendo a PCD, fazendo as reuniões e capacitando cada dia mais a equipe, dessa maneira melhorar os serviços, corrigir erros cometidos nesta primeira experiência. O próximo passo é a finalização do cadastramento dos usuários da área adstrita de minha equipe bem como a ampliação da cobertura e da qualidade de atendimento a usuários com diabetes e usuários com diabetes bem como a realização do planejamento em outras ações programáticas como Pré-natal e Puerpério e Saúde da Criança.

É um trabalho longo de formiguinha, porque não é fácil modificar os hábitos e vícios alimentares, o sedentarismo, o uso de medicação “prescrita” por um vizinho, fazer com que os usuários aceitem nossas orientações, etc. É um trabalho novo que será implantado para uma população. Novas idéias são sempre difíceis de serem implantadas, mas o importante é o comprometimento de toda a equipe com a comunidade e isso que vai valer à pena. Tenho certeza absoluta que a cada semente

que plantamos hoje, colheremos bons frutos no futuro próximo, é por isso que estou aqui, fazendo parte dessas mudanças e vendo meu trabalho dia a dia obtendo bons resultados.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

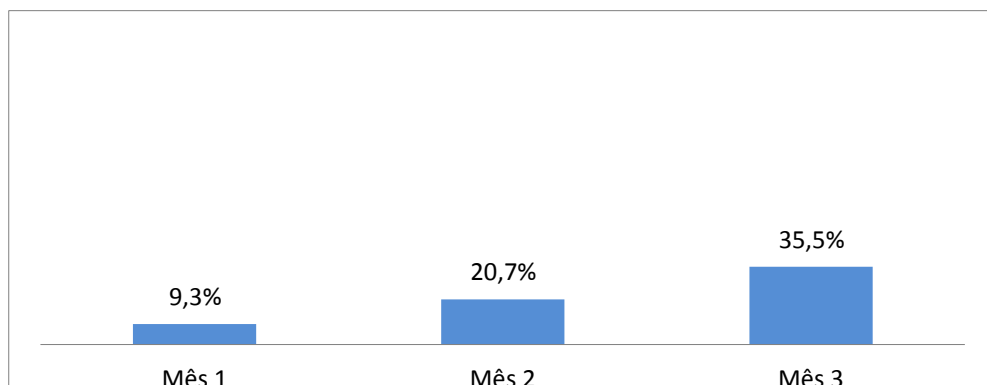


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Em relação à população da área adstrita, temos aproximadamente 4.009 usuários, e destes, 783 são pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. No primeiro mês de intervenção foram atendidos um total de 73 pessoas com hipertensão (9.3%), no segundo mês 162 foram cadastrados que equivale a (20.7%), já ao terceiro mês foram 278(35.5%).

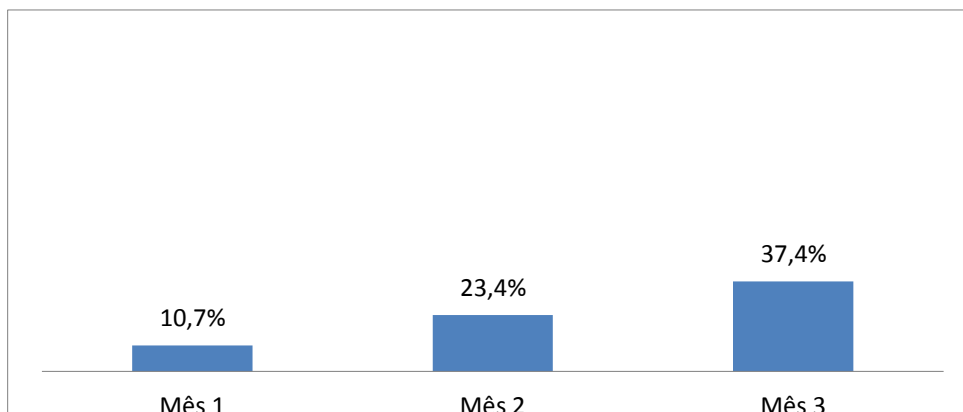


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

A intervenção foi finalizada, com a meta de cobertura era de 30% para pessoas com hipertensão, atingindo-se ao final da intervenção, 278(35.5%) com HAS com 20 anos ou mais. Claro que devemos sempre ter como objetivo principal alcançar uma cobertura 100%.

Meta 1.2: Cadastrar 30% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Em relação à população da área adstrita, temos aproximadamente 4.009 usuários, e destes 214 são pessoas com diabetes com 20 anos ou mais, no primeiro mês de intervenção foram cadastrados de 23 usuários (10.7%), no segundo mês o número de cadastrados foi de 50 (23.4%) pessoas com diabetes, já no terceiro mês 80 (37.4%).

Finalizamos a intervenção com a meta de cobertura atingida, pactuada em 30% ao chegamos a 37.4% da cobertura pessoas com diabetes, claro que devemos sempre ter como objetivo principal alcançar uma cobertura 100%. Não foi atendida ninguém pessoa de fora da área em nossa intervenção.

As metas foram alcançadas através da organização da agenda, acolhimento, monitoramento e ações de promoção em saúde. Creio que com a ajuda de minha equipe aumentaremos a cobertura até atingir 100% nos próximos meses.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Tivemos no primeiro mês da intervenção 73 usuários em acompanhamento na UBS, cujo exame clínico apropriado de acordo com o protocolo foi realizado em um (100%). O mesmo aconteceu nos segundo e terceiro mês que foram respectivamente acompanhados 162 e 278 usuários os quais foram realizados o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, ao final da intervenção todos os usuários com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS têm feito os exames de acordo com o preconizado por o protocolo.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

No primeiro mês de intervenção das 23 pessoas com diabetes cadastrados e acompanhados na unidade todos tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo adotado, no segundo e terceiro mês aconteceu de igual maneira para um 100% com 50 e 80 usuários respectivamente, ao final da intervenção foi atingindo uma meta de 100%.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedio e medida da sensibilidade).

Durante as 12 semanas da intervenção foi atingido o 100% da realização da palpação dos pulsos tibial posterior e pedios e a sensibilidade das pessoas com diabetes, de maneira que no primeiro mês os 23 usuários cadastrados foram examinados ao igual que os 50 e 80 usuários dos segundo e terceiro mês da intervenção respectivamente.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês das 73 pessoas com hipertensão cadastrados 65 (89.0%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês dos 162 usuários cadastrados 127 (78.4%) possuíam exames complementares em dia, já no terceiro mês das 278 pessoas com hipertensão cadastrados 259 (93.2%) estavam com os exames complementares em dia, finalizou-se assim a intervenção nas 12 semanas.

Em relação à meta de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, apesar de ter solicitado para todos os usuários devido à demora para

marcação e realização dos mesmos até o fechamento deste relatório ainda não tinha o resultado dos exames de todos os usuários por isto não foi possível atingir 100%.

Para a melhoria do indicador é necessário o gestor disponibilizar exames e resultado em menor espaço de tempo.

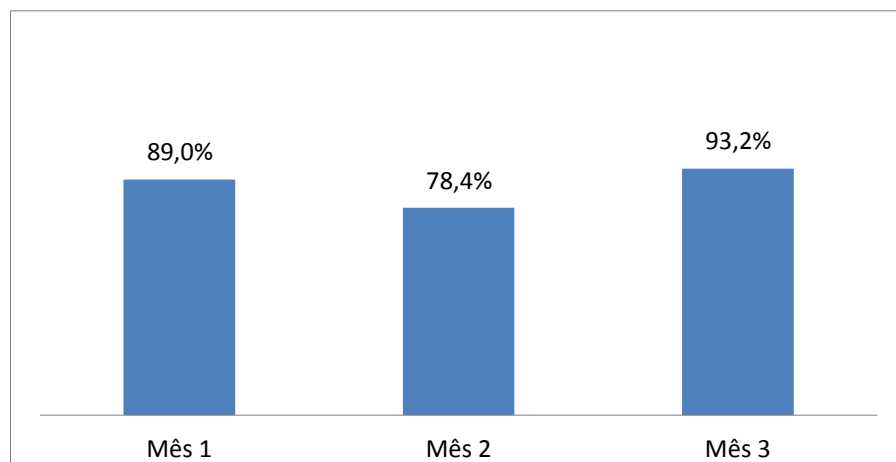


Figura 7. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

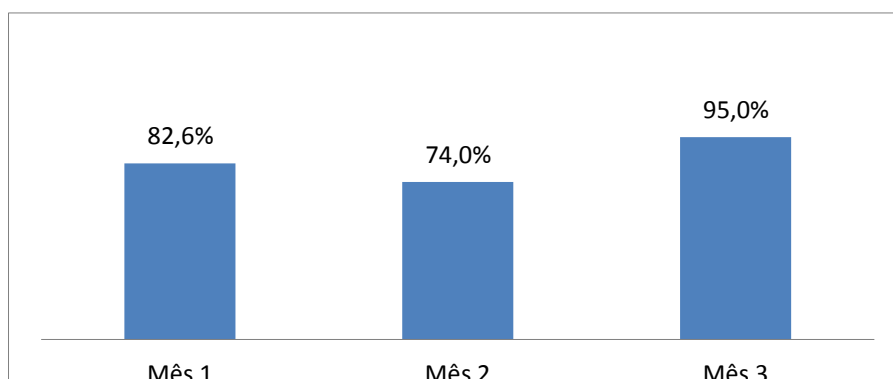


Figura 8: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês de intervenção das 23 pessoas com diabetes cadastrados com 20 anos ou mais 19 (82.6%) estavam com os exames em dia; no segundo mês o número foi de 50 e destes 37 (74,0%) estavam com os exames em dia, já no terceiro mês de 80 cadastrados 76 (95.0%) estavam com os exames em dia.

Em relação à meta de exames complementares em dia, apesar de ter solicitado para todos os usuários devido à demora na realização dos mesmos até o

fechamento desse relatório ainda não se tenham os resultados dos exames de todos os usuários, não sendo possível alcançara meta de 100%.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS.

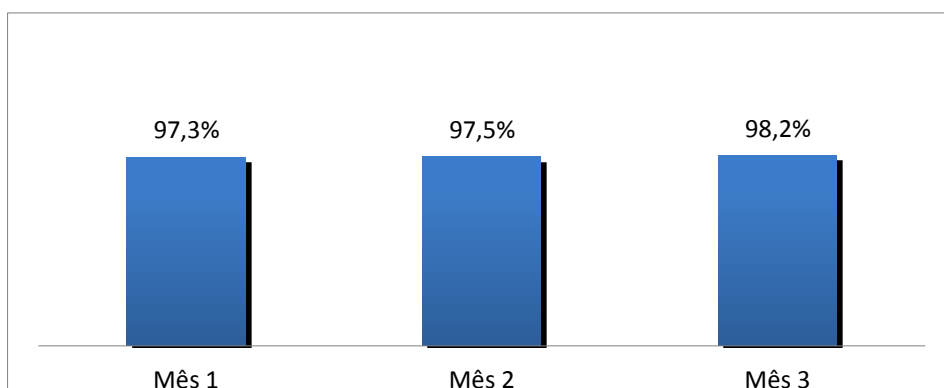


Figura 9: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

No primeiro mês de intervenção das 73 pessoas com hipertensão 71 (97.3%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês dos 162 cadastrados 158 (97.5%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ao final do terceiro mês o número de cadastrados era de 278 e o número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular era de 273 (98.2%).

Não foi atingida a meta, já que alguns dos usuários pessoas com hipertensão em acompanhamento precisam do uso de medicamentos que não Forman parte dos remédios básicos, (ao menos um remédio).

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

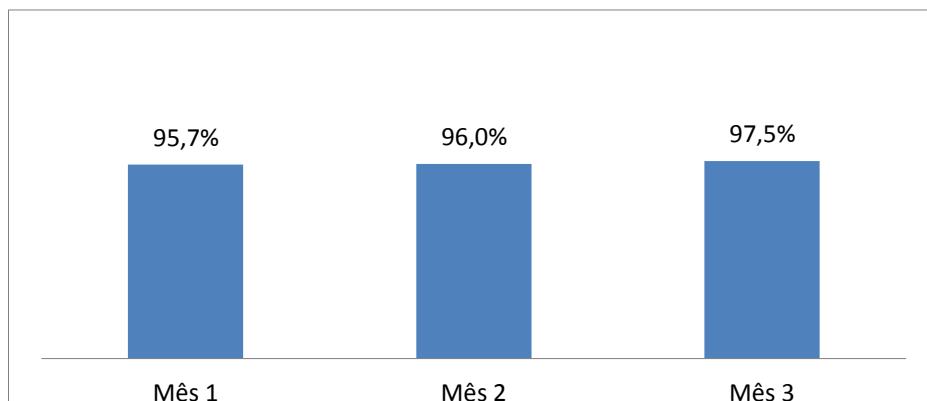


Figura10: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

No primeiro mês de intervenção das 23 pessoas com diabetes 21 (95.7%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês dos 50 cadastrados 48 (96.0%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ao final do terceiro mês o número de cadastrados era de 80 e o número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular era de 78 (97.5%).

Não foi atingida a meta, já que alguns dos usuários com diabetes em acompanhamento na UBS ao igual que algumas pessoas com hipertensão já falada anteriormente precisam do uso de medicamentos que não Forman parte dos remédios básicos, (ao menos um remédio).

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

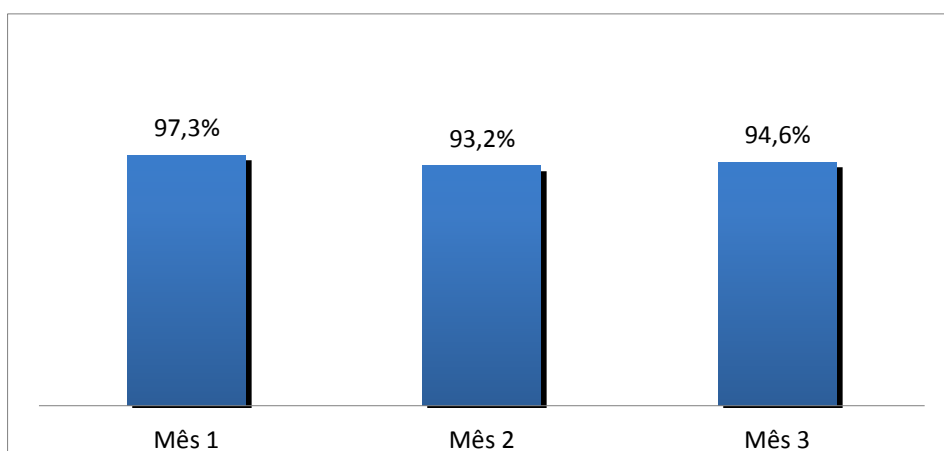


Figura 11: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 73 usuários pessoas com hipertensão cadastrados 71 (97.3%) realizaram avaliação odontológica, no segundo mês o número de cadastrados era de 162 sendo que 151 (93.2%), no terceiro mês das 278 pessoas com hipertensão cadastrados 263 (94.6%) tinham sido avaliados.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

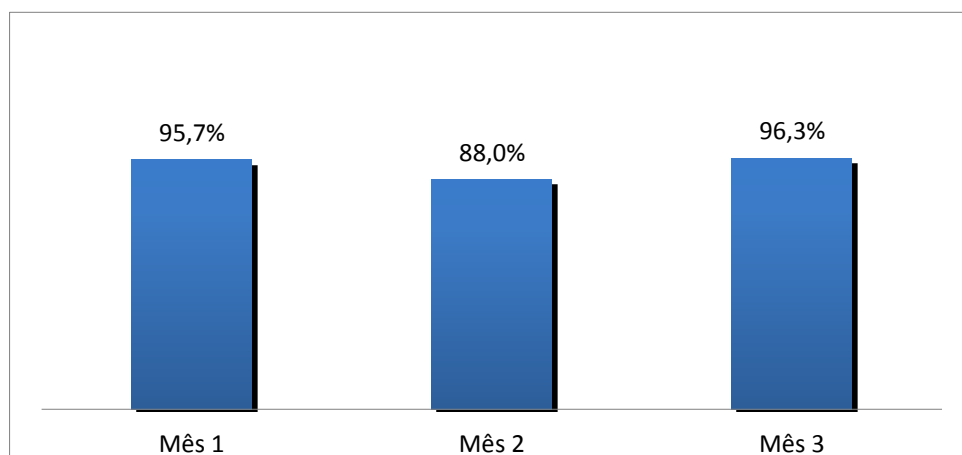


Figura 12: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No primeiro mês de intervenção tivemos um total de 23 pessoas com diabetes cadastrados sendo que 22 (95.7%) passaram por avaliação odontológica, no segundo mês dos 50 cadastrados 44 (88.0%), já no terceiro mês de 80 pessoas com diabetes cadastrados 77 (96.3%) estavam com avaliação odontológica.

Estas metas não foram atingidas devido à dentista da unidade não fazer parte da equipe ESF e trabalhar apenas duas vezes na semana em um turno, durante o período também estive de férias, mas quando estava presente sempre estive à disposição para ajudar. Entre os maiores problemas de saúde bucal, detectamos a falta de higiene bucal, Cárie, Mau Hálito.

Para melhorar este indicador é necessário que a ESF seja contemplada com equipe de saúde bucal.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Durante as 12 semanas não houve faltosos às consultas.

Acreditamos que esse bom resultado deve-se a uma equipe engajada e a uma população bem informada e consciente das necessidades de cuidado em saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

No transcurso da intervenção não tivemos problemas com o registro das informações dos usuários com hipertensão e/o diabetes, pois desde o começo sempre trabalhamos em equipe e na capacitação que foi dada nas primeiras duas semanas fico como responsável a enfermeira dessa tarefa, mas ainda assim não falto o apoio de toda a equipe para o bom resultado de 100% e assim atingir essa meta.

Objetivo 5: - Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

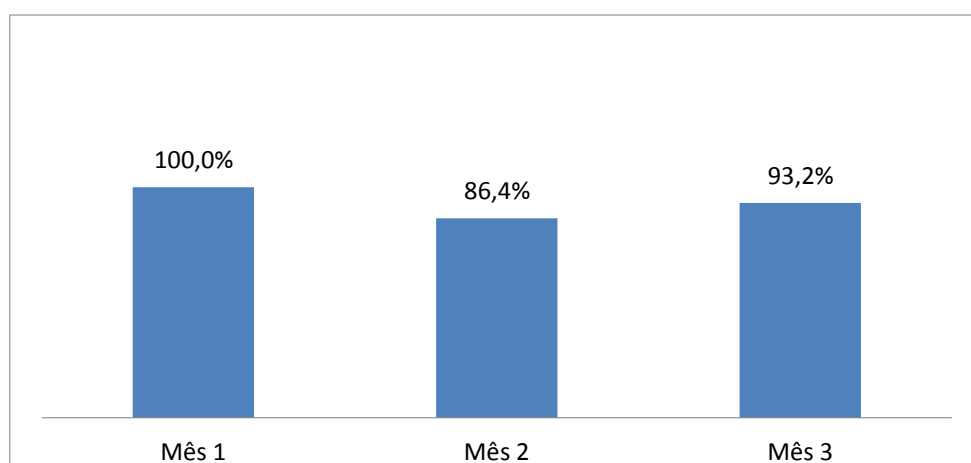


Figura 13: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Das 73 pessoas com hipertensão cadastrados no primeiro mês de intervenção, 73 (100%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia; no segundo mês o número de pessoas com hipertensão acompanhada era de 162 e destes 140 (86.4%) possuíam a estratificação de risco cardiovascular, ao final do

terceiro mês dos 278 cadastrados 256 (93.2%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia.

A meta não foi atingida em 100% dada a o atraso dos exames complementários laboratoriais devido à demora para a realização deles e seus resultados.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

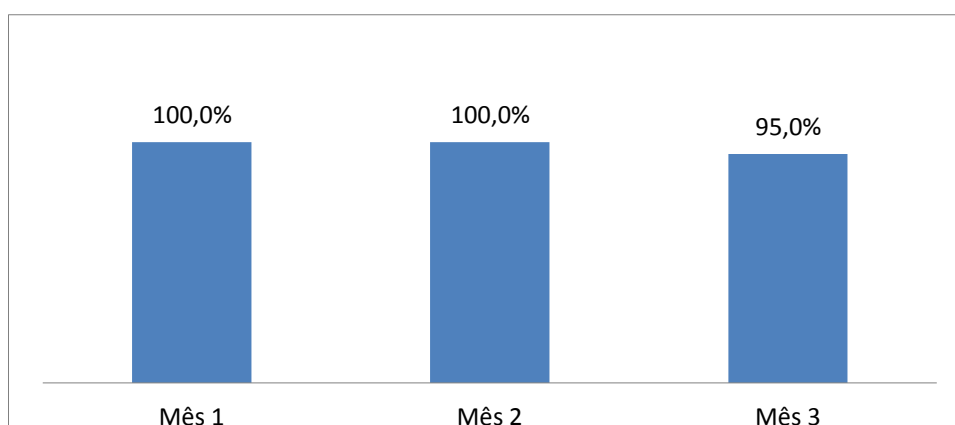


Figura 14: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia

Ao final do primeiro mês de intervenção das 23 pessoas com diabetes acompanhados 23 (100%) possuíam a estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês o número de acompanhados foi de 50 e destes 50 (100%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia, já no terceiro mês terminamos com um total de 80 cadastrados e 76 (95.0%) com estratificação de risco cardiovascular.

A meta não foi atingida em 100% dada a o atraso dos exames complementários laboratoriais devido à demora para a realização deles e seus resultados. Os maiores riscos encontrados entre os usuários foram: tabagismo, mau controle das cifras de colesterol total e HDL, para os quais adotamos condutas higiênicas dietéticas e medicamentosas, sem faltar das explicações e orientações.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

100% das pessoas atendidas receberam orientações sobre alimentação saudável.

A orientação sobre alimentação saudável precisa ser dada segundo a realidade que cada usuário,



Figura 15: reunião educativa

Meta 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.



Figura 16: prática de exercício físico na academia da cidade

Ao longo das 12 semanas 100% das pessoas atendidas receberam orientação sobre atividade física.

E necessário fazer uma avaliação das condições físicas dos usuários, e sua rotina diária para desse jeito, dar as melhores orientações de qual atividade física eles precisam de acordo a sua faixa etária.

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Todas as pessoas atendidas durante as 12 semanas de intervenção receberam orientações sobre os riscos do tabagismo.

As maiorias das pessoas já tinham o mínimo conhecimento sobre os riscos do tabagismo, além disso, fui incluindo paulatinamente em minhas consultas conselhos e orientações para enriquecer seus conhecimentos enquanto ao mal habito. Ao final da intervenção atingi a meta em 100% de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

100% das pessoas que passaram por atendimentos durante as 12 semanas de intervenção receberam orientações sobre higiene bucal.

As orientações sobre higiene bucal foram feitas durante as consultas de forma que busquei conhecer melhor os costumes sociais de a comunidade e a sua rotina com relação à higiene, ao final dos três meses a meta foi atingida.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Jose Pedro de Almeida Leite nos propiciou elevar a qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou com diabetes de nossa área de abrangência. Antes da intervenção a meta proposta para atingir foi de um 30% de cobertura, no final das 12 semanas a meta atingida foi 37.4% para pessoas com diabetes, e de 35.5% para as pessoas com hipertensão. Houve Ampliação da cobertura, que antes da intervenção era de 14%%. Importante dizer que, embora houvesse atendimento para pessoas com hipertensão e diabetes, não se tratava do

programa implantado, uma vez que o protocolo não era realmente utilizado em seus pormenores.

O desenvolvimento da intervenção foi muito bem recebido pelos profissionais da unidade e exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do ministério da saúde. Foi possível aumentar a cobertura de atendimento às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com ações programáticas organizadas de acordo com o protocolo do MS.

A intervenção foi importante para a equipe iniciar o planejamento das atividades e entender a forma de organização dos serviços dentro da ESF, foi possível planejarmos e qualificar-nos nas reuniões de equipe onde montamos o esquema de como faríamos para melhorar o atendimento.

Segundo a Organização Pan-americana da saúde, As ações integradas de prevenção e cuidado a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus ocorrem prioritariamente na atenção primária, que no Brasil se dá, principalmente, através da Estratégia de Saúde da Família, funcionando como a porta de entrada do Sistema de Saúde e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito eficazes. Os processos de trabalho para produção do cuidado na ESF pressupõem que os profissionais de saúde capacitados trabalhem de forma interdisciplinar, que estabeleçam vínculos com os usuários e que se responsabilizem pela atenção integral dos cidadãos (OPAS, 2010).

A intervenção também proporcionou a capacitação da equipe acerca de protocolos do MS e sobre acolhimento que fomentaram a educação permanente em saúde como dispositivo de valorização do saber de cada um, sendo realizada no local de trabalho na busca da mudança do processo de trabalho. As mudanças nos processos de formação são entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo. Eles devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articulados entre si e ser criados a partir da problematização focadas nas realidades locais. Devem levar os diferentes atores que atuam no local de trabalho a questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única.

Os ganhos para a UBS são muitos, desde o aumento do cadastramento dos usuários com hipertensão e pessoas com diabetes até a melhoria da qualidade e ampliação dos serviços prestados, melhor controle de insumos, além de uma melhora significativa nos registros existentes na unidade, o que possibilitou a realização do

monitoramento e avaliação, despertando na equipe a necessidade e importância destes para o planejamento da saúde na UBS. Acredito que a equipe da UBS tenha percebido o quanto é importante organizar o processo de trabalho e registro adequadamente e por este motivo, mesmo com o fim da mesma ela tenha continuado, desta forma, fica evidenciado a importância que os funcionários da UBS viram na intervenção.

Para a comunidade a intervenção também parece ter gerado impacto por meio de atividades de educação em saúde e orientações durante as consultas, palestras e rodas de conversa contribuindo, assim, para a melhoria da saúde.

Creio que se começasse neste momento a intervenção poderia ter uma estimativa maior e melhores resultados ainda, já que a equipe está mais organizada, conscientizada sobre o trabalho que já foi posto em nossa rotina de trabalho e consolidada e bem articulado com a comunidade, desde que já forma parte da rotina de trabalho, pois isso permite superar algumas das dificuldades encontradas no início da intervenção.

A intervenção já está incorporada a rotina da equipe, a definição de objetivos e metas já fazem parte do nosso planejamento, dotamos também as fichas espelho disponibilizadas pelo curso, pretendemos dividir melhor as atribuições dos membros da equipe, acredito que para dar continuidade ao trabalho realizado durante a intervenção com sucesso é necessário que as duas partes, profissionais e usuários se comprometam com isso, através do comparecimento as consultas marcadas respeitando as datas e horários das mesmas, assim como os grupos. O próximo passo é a finalização do cadastramento dos usuários da área adstrita de minha equipe bem como a ampliação da cobertura e da qualidade de atendimento a usuários com diabetes e usuários com diabetes bem como a realização do planejamento em outras ações programáticas como Pré-natal e Puerpério e Saúde da Criança.

5 Relatório da intervenção para gestores

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso do suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil. Ele foi bastante prático e como resultado realizou uma reorganização no programa de atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município.

Nas 12 semanas, tempo em que durou a intervenção promovida pelo curso, conseguimos aumentar nossa cobertura de atendimento à população com HAS de 14% para 35.5% e o das pessoas com DM de 14% para 37.4%.

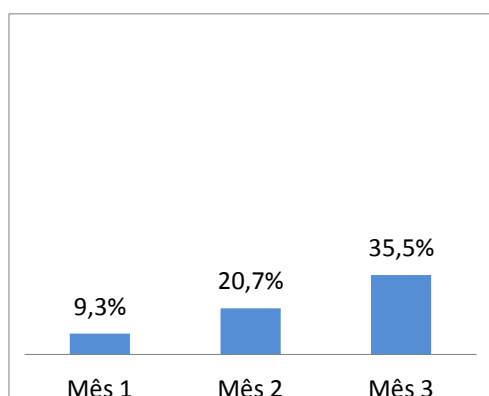


Figura 17: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

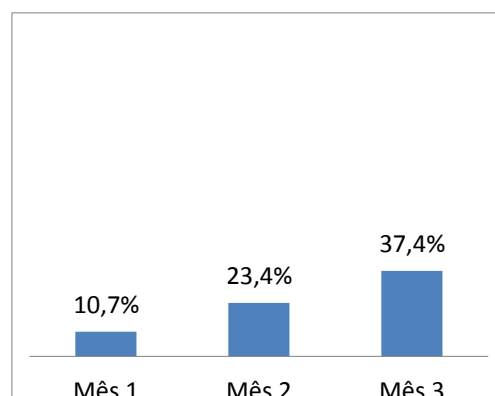


Figura 18: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Porém, não foi apenas a cobertura que melhorou, todo nosso serviço melhorou e hoje somos uma equipe melhor.

Durante a realização do curso tive a oportunidade de conhecer o território, a equipe, como funciona nosso serviço e como deveria funcionar. Foi necessário estudar os protocolos, as normas de funcionamento da atenção básica. Durante a análise situacional fizemos um bom estudo sobre os problemas da equipe e do território e elegeu-se como prioridade a ação com as pessoas com HAS e DM. Temos mais de 30% de usuários com estas doenças específicas e é nossa principal demanda de atenção.

O objetivo das ações realizadas foi ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, através da prática clínica e de ações educativa e de promoção de saúde, a adesão da população, através da mobilização dos usuários, da busca ativa e aperfeiçoar o registro e acompanhamento das informações.

Para conseguir melhorar a qualidade do atendimento, primeiramente foi realizada uma reunião de conscientização com a equipe, onde se discutiu a intervenção e o cronograma de ações, incluindo aí um calendário de reuniões de equipe, de ações educativas e de capacitações, o que é fundamental para o bom funcionamento de qualquer equipe. Nesta reunião foram apresentados e debatidos os protocolos do programa, fornecido pelo Ministério da Saúde e a atribuição legal de cada profissional no programa.

Conquistamos resultados consideráveis ao longo da intervenção, além de aumentar a cobertura, como mostra os gráficos, melhoramos a maioria dos parâmetros de avaliação. O exame clínico, conforme preconizado nos protocolos, foi realizado para 100% das pessoas atendidas, prescrevemos medicação da farmácia popular para todos os usuários que necessitavam. Realizamos ações de educação e de promoção de saúde para todos os atendidos e ainda para familiares e acompanhantes.



Figura 19: Atividade em grupo

No que diz respeito ao processo de trabalho, melhoramos todos nossos registros e controles. Hoje sabemos quantas pessoas foram atendidas e em quanto tempo e principalmente, quem ainda não foi atendido e precisamos insistir na busca ativa. Implantamos novas fichas de monitoramento, além de realizar o controle de insumos e medicamentos disponíveis, como prevê os protocolos do MS.

Já a realização de exames complementares em dia, de acordo com protocolo, não foi possível atingir, isso porque existe uma demora grande no retorno dos resultados. Em relação ao atendimento odontológico não conseguimos cumprir nossa meta, pois nossa área demanda um profissional em tempo integral na UBS e que trabalhe na lógica das ações programáticas, o que demanda a ajuda da gestão para mudar essa situação.

O impacto da intervenção foi percebido não somente pelos integrantes da equipe de saúde, mas também pela comunidade, que relata melhoria no atendimento e satisfação. Embora a parte da intervenção realizada para o curso tenha chegado ao fim, as ações iniciadas com a intervenção terão continuidade, pois elas já fazem parte da rotina do serviço, porém todos os aspectos devem continuar melhorando para que a qualidade da intervenção tenha continuidade. A equipe encontra-se mais unida, integrada com a continuidade e satisfeita com a nova rotina do serviço. Juntos percebemos o impacto positivo na comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Desde que aqui comecei a trabalhar como médico do Programa Mais Médico para o Brasil tem realizado um curso de especialização em saúde da família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNA-SUS). É por isso que uma vez por semana me afastava do trabalho na unidade de saúde, era o tempo de dedicação ao curso e não folga como muitos imaginavam.

Durante o tempo de curso estudamos muita coisa, aprendemos a conhecer a equipe e o lugar em que vive sua população. Podemos ver os pontos positivos e negativos e corrigir o que não estava bom. Durante 12 semanas fizemos um projeto de intervenção e reorganizamos o atendimento as pessoas com Hipertensão e Diabetes, muitos de vocês devem ter percebido isso.

Hoje está mais fácil para as pessoas com essas doenças serem atendidas na UBS, não é necessário, por exemplo, acordar cedo para enfrentar fila, dá para agendar o atendimento com antecedência. Escolhemos fazer a intervenção com as pessoas que têm hipertensão e diabetes porque são as mais numerosas e estas doenças são muito perigosa, com riscos de complicações decorrentes do agravo e pela falta de acompanhamento.

Antes de iniciar o programa, poucas pessoas eram atendidas e queríamos aumentar e melhorar os cuidados para população.

Podemos dizer que conseguimos aumentar e melhorar o atendimento, como os senhores e as senhoras são testemunha. Antes só conhecíamos e acompanhávamos aos 14% das pessoas com hipertensão e com diabetes. Em três meses apenas, conseguimos atendemos 35.5% das pessoas com pressão alta e 37.4% com diabetes. Pode parecer pouco, e realmente é, mas ainda vamos atender toda a população. Porém, o mais importante é que o serviço melhorou, hoje sabem

quem atendemos e quem não atendemos ainda, e assim podemos convidá-las para vir fazer sua consulta.

Melhoramos a qualidade da consulta, solicitamos exames de rotina, prescrevemos medicações da família popular para que a pessoas não precise gastar comprando medicações. Além disso, estamos sempre conversando sobre essas e outras doenças, falando sobre alimentação saudável, atividade física, os malefícios do álcool e fumo.

Para a pressão e o açúcar no sangue ficar bom, mais do que tratamento, de medicamento, é muito importante a gente estar sempre se encontrando, conversando e se esforçando para mudar alguns hábitos que ganhamos ao longo da vida.

Em fim, ainda tem muita coisa que melhorar, como por exemplo, diminuir a demora para agendar e fazer os exames de laboratório, ter mais vagas de atendimento com o dentista, mas estamos no caminho certo.

O curso está acabando, mas a nossa nova forma de trabalhar vai continuar, pois está incorporada na rotina de trabalho. Acreditamos que ainda temos muito que continuar melhorando e que é necessária a participação da população sempre.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Tensão, medo do desconhecido, ansiedade, esses foram os sentimentos com os quais me deparei ao chegar. Minha expectativa inicial com o curso era com relação ao processo de trabalho do médico inserido na UBS, esperava que o curso fosse uma atualização sobre a forma de atuação dos médicos na atenção básica no Brasil e me surpreendi com a intervenção a ser realizada.

O curso foi uma nova experiência por tratar-se de uma metodologia diferente em relação a outros estudos cursados. Teve um significado em minha prática profissional, ajudando a planejar minhas ações e trabalhar de forma organizada, com conhecimentos adequados para o manejo dos problemas na UBS e na comunidade. Tudo isso foi realizado com base nos protocolos adotados no Brasil, conhecendo a real situação do território, através da estrutura, processo e resultados, para um planejamento em saúde que vá ao encontro das necessidades da população.

O curso ampliou meus conhecimentos acerca da saúde da família, possibilitando relacionar os conhecimentos teóricos com práticos, mediante os casos clínicos trabalhados semana a semana. A discussão com os demais colegas nos fóruns aliado ao contato facilitado com o orientador foram imprescindíveis para auxiliar-me nos momentos de incertezas. Saliento também a importância que significou minha intervenção pelo trabalho em equipe onde todos em conjunto foram fundamentais para um bom atendimento ao usuário.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: Polos de Educação Permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

A	B	C
1	Objetivos	Metas
		Indicadores
2	1. Cobertura	1.1. Cadastrar X% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
3		1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
		1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
4		2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
5		2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
6		2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
7		2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
		2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
		2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
		2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2. Qualidade	2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
		2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
		2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hierarquia priorizada.

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