

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na atenção a pessoas com hipertensão e diabetes na UBS Dr José
cândido, Batalha/PI**

Victor Verdecia López

Pelotas, 2015

Victor Verdecia López

**Melhoria na atenção a pessoas com hipertensão e diabetes na UBS Dr.
Jose Candido, Batalha/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família E a D 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: Caroline Kroning Feijó

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L864m López, Victor Vedecia

Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão e Diabetes na UBS Dr. Jose Candido, Batalha/PI / Victor Vedecia López; Caroline Kroning Feijó, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Feijó, Caroline Kroning, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a minha mãe e meu pai, minha filha por dar-me força para cumprir com esta missão e a minha namorada por sua dedicação para ajudar-me a superar as dificuldades no idioma português.

Agradecimentos

Agradeço ao programa mais médico do Brasil por oferecer essa oportunidade de aprimorar nosso conhecimento e nossa orientadora pela paciência e dedicação que teve em todo esse período.

Resumo

LÓPEZ, Victor Verdecia. **Melhoria da atenção a pessoa com Hipertensão e Diabetes na UBS Dr. Jose Candido, Batalha/PI.** 2015. xf. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Foi realizada uma intervenção na UBS Dr Jose Candido com pessoas com hipertensão e diabetes com o objetivo de melhorar a atenção a este grupo no período de 16 semanas. Para o desenvolvimento da intervenção realizamos melhorias no atendimento a este grupo populacional, como: monitoramentos do número de hipertensos e diabéticos garantiram o registro dos hipertensos e diabéticos, melhoramos o acolhimento, as orientação para comunidade e usuários, capacitamos os ACS para o cadastramento e para realização de busca ativa, garantimos com o gestor municipal agilidade para exames complementares, organizamos a agenda de saúde bucal e o atendimento clínico, assim como busca ativa dos faltosos. Durante os quatro meses de intervenção aumentamos o número de hipertensos e diabéticos cadastrados para 53,4%(304) hipertensos e 52,1%(73) dos diabéticos, foi melhorado o acolhimento aos usuários portadores de HAS e DM, foram capacitados todos os membros da equipe. Os atendimentos também foram realizados, os usuários cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. A intervenção teve grande importância, nos permitiu melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HAS e DM e fazer um diagnóstico precoce de ambas as doenças, prevenindo suas complicações, atividades de promoção e prevenção da saúde pela equipe com o propósito de melhorar a qualidade de vida e diminuir a demanda espontânea dos usuários com HAS e DM. Com relevância significativa na atenção de saúde de hipertensos e diabéticos, ganhando organização no trabalho da equipe de saúde os gestores e a comunidade com um objetivo único de melhorar a saúde.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Diabetes Mellitus e Saúde Bucal

Lista de Figuras

Figura 1.1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	59
Figura 1.2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	60
Figura 2.1	Proporção de hipertensos com o exame clinica em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde.	61
Figura 2.2	Proporções de diabéticos com o exame clinicam em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde.	61
Figura 2.3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	62
Figura 2.4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	63
Figura 2.5	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	64
Figura 2.6	Figura 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	65

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de apoio a saúde a família
CRAS	Centro de referencia de assistência social
PA	Pressão arterial
FIG	Figura
SAME	Serviço de arquivos e estadística
UBS	Unidade básica de saúde
AGESPISA	Empresa técnica de aguas brancas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica	Erro! Indicador não definido.
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística	47
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão	70
5 Relatório da intervenção para gestores	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
Referências	85
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	86

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, conforme previsto no Regimento de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, está composto por cinco seções.

A primeira contém o relatório da análise situacional, no qual está apresentado um panorama da Unidade de Saúde Dr José cândido, Batalha/PI, descrevendo-se detalhadamente como é o funcionamento e estrutura da Unidade, com identificação de seus pontos mais deficitários.

A segunda seção refere-se à análise estratégica, na qual é apresentado o projeto de intervenção.

A terceira apresenta o relatório da intervenção, contendo informações sobre as ações previstas e realizadas, bem como sua incorporação à rotina do serviço.

A avaliação da intervenção está na quarta seção, demonstrando os resultados e a discussão do projeto de intervenção. Também integra essa seção o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

A quinta e última seção contém uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha Unidade de Saúde de José cândido, no estado de Piauí, esta no centro da cidade Batalha, atende 100% da população localizada na área geográfica, a mesma esta bem definida geograficamente; este posto tem vinculação com o SUS tem uma equipe de Saúde da Família tem uma população de mais de 3740 habitantes que pode ser atendida muito bem por um medico, no serviço temos um médico, enfermagem, técnico em farmácia, auxiliar geral e quatro agente comunitário de saúde não tem pediatra nem ginecologista, quanto a recursos humanos precisamos de especialistas em pediatria, ginecologista e neonatologia. O atendimento ocorre todos os dias nos dois turnos de atendimento, menos nos finais de semana.

O serviço esta em construção, agora esta temporariamente localizada no hospital com uma sala que funciona como recepção, farmácia, sala de vacina, SAME, uma consultório médico e enfermagem. Banheiro, nem sempre com água para realizar a higiene. Segundo os planos do arquiteto após a reforma que já se encontra com 30 % do serviço concluído, ficara com recepção, sala de curativo, sala de vacina, almoxarifado, consultório médico, consultório de enfermagem e consultório odontológico, 2 banheiros, um masculino e um feminino e também uma cantina.

Em nossa UBS temos varias necessidades e limitações que fazem que nossa equipe não possa dar um atendimento de qualidade de forma geral a estrutura não é boa, a sala de espera para os pacientes é um pouco pequena e diversas barreiras arquitetônica; a sala de procedimento e curativo é a mesma para nebulização; a farmácia como todos os locais é muito pequena, com pouco espaço para trabalhar; não contamos com uma sala destinada para reuniões com agentes

comunitários que são vários e precisamos de um local adequado para as mesmas, pelo que são feitas em algum local disponível nesse momento; a UBS sempre esta limpo porque o lixo é recolhido diariamente, mais não é recolhido de forma separada, mesmo assim é recolhido por uma empresa duas vezes na semana; acredito que nenhum local da UBS tem a dimensão descrita pelo manual. Não temos sinalização de nenhum tipo em nosso ambiente de trabalho.

Assim mesmo de forma geral todas estas limitações e necessidades que tem a Unidade Básica de Saúde, influem de forma negativa no trabalho do pessoal, já que os trabalhadores não podem fazer seu trabalho com qualidade, em um ambiente adequado, os usuários podem não sentir-se satisfeitos, na consulta tenho que sair para lavas as mãos ou ir ao banheiro e voltar para continuar e acredito que é um tempo perdido já que as vezes esqueço a pergunta que fiz para ele antes de sair, ou quando saio as pessoas me falam, fazem perguntas.

Para melhorar o serviço estamos fazendo nosso trabalho o melhor possível, para que o usuários seja bem atendido, sinta-se bem acolhido no serviço de saúde. Nossa equipe trabalha com ações voltadas a promoção de saúde, prevenção, recuperação de doenças e agravos para a manutenção da saúde da comunidade; ações voltadas para o atendimento da demanda espontânea (dos casos agudos e das urgências) e ações voltadas para o atendimento de demanda programada (a grupos e situações de risco especiais para a saúde como, por exemplo): planejamento familiar, pré-natal, puericultura, diagnostico precoce do câncer mama, colo uterino, próstata, atenção ao idoso, aos trabalhadores e portadores de sofrimento fetal, Hipertensão arterial, Diabetes, tuberculose, Hanseníase, desnutrição; outras ações são reuniões administrativas, visitas domiciliares, ações relacionadas ha vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, ações de natureza informativo-educativa, ações de comunicação tanto internas como externas. Com o objetivo de estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas.

Existe um computador sem acesso a internet há material didáticos e os protocolos do ministério da saúde estão disponível.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município Batalha, segundo os dados do IBGE, a população total no ano de 2013 era de 29.800 pessoas. A divisão por gênero mostra que 48% são do sexo masculino com 12516 homens e 52% feminino com 17284 mulheres. Quando estratificamos por zona, a minoria 31.7% reside no meio urbano e 67.3% na área rural. A taxa de crescimento anual da população na década foi de 0,52% ao ano, abaixo da média estadual de 0,93% ao ano. Verifica-se nesta década um êxodo da população do campo para a sede do município e do aumento da população residente na área urbana. Com uma extensão territorial de 1588,905 km².

A densidade demográfica do município é de 17,3 habitantes/km², acima da média do Estado que é 12 habitantes/km². As condições climáticas do município de Batalha (com altitude da sede a 55 m acima do nível do mar) apresentam temperaturas mínimas de 25°C e máximas de 35°C, com clima quente tropical. A precipitação pluviométrica média anual é definida no Regime Equatorial Marítimo, com isoietas anuais entre 800 a 1.600 mm, cerca de 5 a 6 meses como os mais chuvosos e período restante do ano de estação seca. O trimestre mais úmido é formado pelos meses de fevereiro, março e abril (JACOMINE et al., 1986).

O sistema de abastecimento de água da zona urbana do município é realizado pela AGESPISA, tendo como mananciais Poços Tubulares. Quanto à forma de abastecimento nos domicílios, segundo dados do Censo/2010, mostra que 61,2% estão ligados à rede geral, 12,4% usam poço ou nascente na propriedade e demais 26,4% outras formas.

A estrutura física do setor de saúde do município, segundo os dados do Ministério da Saúde é composta de nove Centros de Saúde/Unidade Básica de Saúde cada uma delas com as Equipes Básicas de Saúde da Família. Destas 9 estão localizados na zona rural e três na região Urbana. Existe um núcleo de apoio a saúde da família (NASFI), um ortopedista, treze clínicos gerais, um CRAS, dois psicólogos, uma fonoaudióloga, dois fisioterapeutas e quatro equipes de saúde bucal e, quanto aos exames, complementares são realizados através de pactuação dos municípios de referência Teresina, Piripiri, Pira Curuca, Esperantina por isso o município realiza só exames laboratórios.

O hospital do município possui uma boa estrutura física conta com uma sala de atendimento, quatro apartamentos de internação, um almoxarifado, uma cozinha,

uma sala de administração, uma sala de Raio X, uma sala de coleta de exames, uma sala de eletrocardiograma, uma sala de SAME. O hospital necessita de reparos na estrutura, pois tem problemas com infiltração e outros problemas a mais, possui um médico clínico geral, uma enfermeira por turno, um técnico de Raios-X, um técnico de laboratório que só faz exames de pesquisa não faz exames urgências e atende apenas 20 usuários por dia de segunda a sexta sendo que quarta atende apenas gestantes, os exames passam por análise em um município próximo tendo a duração de três a quatro semanas para os usuários receberem os resultados e na maioria das vezes não são realizados todos os exames indicados por falta de reativo e aparelhos quebrados, não tem pronto socorro, existe serviço de urgência e emergência, mas não tem os insumos e medicamentos para atendê-los não tem os demais especialistas, durante a noite fica um médico de plantão.

A UBS DR. Jose Candido esta localizada na zona urbana com 5 agente de saúde. Atualmente existem é totalmente regida pelo SUS, possui vinculo com instituição de ensino. Pertenço à Equipe 2, que está composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde(ACS), um odontólogo, um técnico de higiene bucal, um vigia, um auxiliar de serviços gerais. A população da área adstrita da UBS é de 3740 usuários, o perfil demográfico corresponde a 1570.8 do sexo masculino e 2169.2 do sexo feminino e a idade que predomina é entre 20 a 39 anos equivalentes a 1753 usuários. Contamos com cinco micros áreas, cada uma delas atendida por um ACS. Todas as áreas têm cadastro com prontuários individuais e por família.

As condições estruturais da minha UBS não estão em concordância com o modelo padrão de estrutura física estabelecida pelo Ministério de Saúde, o que leva a ter limitações no trabalho diário na UBS. Não contamos com um ambiente adequado para a recepção e arquivos de prontuários. Existe sala de recepção para os usuários, com uma capacidade para 20 pessoas, mas as cadeiras são poucas e desconfortáveis, não tem sala de vacina, sala de curativo, farmácia, consultório para dentista e auxiliar de dentista, cozinha, sala de procedimentos tem consultório para a enfermeira climatizada. Só tem um consultório para a médica climatizado sem banheiro, um banheiro com uso múltiplo.

Há barreiras arquitetônicas, isso dificulta o acesso para os usuários com deficiências. Não existem espaços adaptados para pacientes com deficiência. A recepção é pequena e não garante a privacidade e comunicação privada com os

usuários durante o acolhimento na UBS, não contamos com consultório ginecológico, as janelas são de vidro o que dificulta a privacidade dos usuários, sendo uma área urbana, não há serviço de internet, telefone, não há sala de reuniões, nem computador. Por enquanto, as atividades em grupo educacionais são difíceis, elas são feitas na sala de espera após os expedientes. As reuniões de equipe são feitas na sala de procedimento que é onde se fazem as consultas da enfermeira que também são feitos todos os procedimentos (curativos, suturas, nebulização e administração de medicamentos).

As estratégias que se está sendo executadas é a construção de uma nova UBS em outra localidade com o padrão que exige o sistema de saúde. Com respeito à existência dos equipamentos existem carências em relação à disponibilidade deles e não contamos com autoclave e nem estufa, equipamentos de muita importância para a esterilização do material. A estratégia tomada é que o material sujo vai diariamente para outra unidade de saúde no município e realiza o procedimento de esterilização. Além disso, o instrumental para as urgências, exame clínico, atendimento odontológico e procedimentos cirúrgicos não existem na UBS.

Na Unidade Básica de Saúde se faz reuniões com ACS, a enfermeira, e demais integrantes da equipe para elevar o maior conhecimento em quanto às atribuições dos profissionais em uma UBS. A equipe de saúde esta completa fisicamente com todos os profissionais necessários para o seu funcionamento, se obtendo importantes passos nos seguimentos dos programas que rege no SUS, nas ações de prevenção e promoção de saúde na comunidade, a equipe apresenta os arquivos dos prontuários clínicos organizados por família.

Os profissionais da UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. As atribuições desenvolvidas pelos profissionais são identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos, sinalização dos equipamentos e das redes sociais. Além da UBS, os profissionais realizam o cuidado em saúde à população da área de abrangência, no domicílio e nas escolas. As atividades que os profissionais da UBS realizam no domicílio são orientações de educação em saúde e cuidados de saúde, acompanhamento de problema de saúde, medir a pressão, consulta médica, consulta de enfermagem, vacinação, coleta de exames, se realizam curativo e aplicar medicação injetável. Os usuários são encaminhados a outros níveis do

sistema respeitando fluxos de referência e contra referência, utilizamos protocolos quando encaminhamos os usuários a outros níveis do sistema de saúde.

Na UBS são realizados procedimentos, atendimentos de urgências/emergências, mais contaram com pouco equipamentos. Os profissionais realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes na UBS e cuidados domiciliar, acompanhando o plano terapêutico proposto ao usuário quando e encaminhado a outros níveis do sistema, o em situações de internação hospitalar. Realizam-se a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis.

A equipe de saúde realiza atividades de grupo adolescentes, aleitamento materno, diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher, combate ao tabagismo, portadores de sofrimento psíquico e saúde bucal. Temos identificado parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações inter setoriais com a equipe, não participamos de atividades de qualificação profissional. Participamos do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Realizam-se reunião de equipe, com uma periodicidade semanal e os temas das reuniões são construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

Sobre atenção a demanda espontânea, não existe uma sala específica ou recepção para acolhimento dos usuários. Todos os profissionais da equipe realizam o acolhimento, mas não existe uma equipe exclusiva para esta atividade que se faz todos os dias de trabalho. Realiza-se um esforço para melhorar o acolhimento da população, porém existem dificuldades quanto este aspecto. Todos os usuários são assistidos e atendidos em um tempo de dez a quinze minutos seguindo critério médico. A equipe de saúde que trabalha em minha UBS conhece a classificação e avaliação do risco biológico e vulnerabilidade social para o encaminhamento da demanda dos usuários. No consultório o atendimento com problemas de saúde agudos o usuários não é quem define o atendimento para enfermeira ou médico, são classificado por técnica de enfermagem seguindo risco biológico, já que não contamos com recepcionista em nossa equipe. Existe um excesso de demandas espontâneas em usuários residentes na área de cobertura da UBS. Orientando adequadamente a cada paciente com atendimento no dia, e o atendimento agudo

por problemas de saúde prioritários é feito por o médico com ajuda da enfermeira, quando se precisa necessário.

Em relação à saúde da Criança fazemos atendimentos de puericultura de crianças residentes em de nossa área de abrangência de forma programática aplicando nas consultas os protocolos estabelecidos para as mesmas pelo Ministério de Saúde. As ações de atenção de saúde as crianças realizadas na UBS são ações de promoção e prevenção de saúde tais quais: tratamento de problemas clínicos gerais, prevenção e tratamento de saúde bucal e mental, vigilância da imunização, prevenção de anemias, violências, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, vigilância de realizar teste do pezinho em tempo estabelecido para que os resultados sejam certos e as condutas possam ser tomadas de maneira precoce em caso de alguma alteração, explicar o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, como conhecer sinais de risco na curva de crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças.

As especialidades de nutrição e psicologia fazem o atendimento quando o médico solicita, especialidades como pediatria e psiquiatria não há na cidade. Por isso, dificulta avaliação das crianças, já que são agendadas em outras cidades e demora muito tempo o atendimento. Nesta situação foi avaliada com os gestores do município para melhorar a situação. Existe demanda de crianças para os atendimentos de problemas de saúde agudos de nossa área de abrangência que são atendidas no mesmo dia segundo o critério médico. Os profissionais da equipe que fazem puericultura utilizam a classificação para identificar as crianças de alto risco utilizando o protocolo de atendimento, também se utilizam para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde.

Os registros dos atendimentos das crianças são feitos em prontuário clínico, formulário especial da puericultura e fichas de atendimento nutricional e odontológico. Existem arquivos específicos para os registros dos atendimentos com a finalidade de verificar crianças faltosas, completar registros, procedimentos atrasados, identificar crianças de alto risco e avaliar a qualidade do programa. A equipe vem notando aspectos positivos na cobertura da atenção a saúde da criança, como o aumento do número das consultas de controles as crianças, as mães assistidas à primeira consulta nos primeiros sete dias do nascimento. Ainda existe dificuldade em algumas regiões distantes que não se realiza o tempo estabelecido pelo MS porque os municípios não têm a disponibilidade do carro. A equipe faz as

atividades no âmbito da UBS, de promoção e educação em saúde com os grupos das mães no início da gestação sobre tema como tema aleitamento materno e sua importância, imunização, monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças, triagem auditiva, teste do pezinho, dentre outras.

O indicador de cobertura é 84%(44) o qual não se cumpre com o estimado pelo Ministério de Saúde. Os indicadores de qualidade podem melhorar 89%(42) das crianças têm a consulta de acordo com o protocolo do MS, o teste de pezinho equivale 100%(47) as consultas nos primeiros sete dias equivale 91%(41) devido às partos em outras cidades e a avaliação de saúde bucal equivalem a 85%(40) as consultas com atraso de mais de sete dias equivalem 9%(4) os restantes dos indicadores de qualidade se cumprem.

Em relação ao pré-natal é realizado um dia da semana, acontece em um turno de trabalho e atendimento é feito por médico e enfermeiro de maneira alternada, também ocorre fazem atendimento odontológico da equipe e do restante dos especialistas (ginecologista, psiquiatra). O atendimento é realizado segundo as necessidades das gestantes ou puérperas e temos à mesma dificuldade com relação ao agendamento com especialista nas cidades vizinhas. Nas consultas com as gestantes se focamos na prevenção e educação em saúde assim como as atividades de grupo que são feitas no âmbito da UBS que participam todos os profissionais de saúde com respeito, enfoque na alimentação, imunizações, cuidados do recém-nascido parto e puerpério, aleitamento materno exclusivo até seis meses, saúde bucal, e outros temas.

As gestantes que chegam a UBS com problemas de saúde agudos são resolvidos no mesmo dia e se da prioridade segundo o risco biológico da doença. Existe o protocolo de atendimento pré-natal produzido pelo MS, e utilizado pelos profissionais. Realizam-se classificação de riscos gestacionais para a avaliação de gestantes e para encaminhamentos a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos a gestante são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal e ficha de atendimento odontológico e existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes que é revisado com a finalidade de não faltar ações de vigilância e avaliação de risco neste processo.

Outras dificuldades apresentadas na UBS no atendimento ao Pré-natal são a realização dos exames complementares, pois são realizados um dia no mês e os resultados chegam uma semana depois ou às vezes demora mais tempo, mas na

cidade uma vez por semana. E as ultrassonografias obstétricas são feitas em outra cidade e os agendamentos são demorados pela falta de vagas. Com ambas as dificuldades, tentamos com a gestão sensibilizar a fazer convênios com especialistas e quanto à realização de exames para resolver estas situações.

A equipe desenvolve ainda atividades com foco na captação precoce e visitas domiciliares às puérperas, dentro do prazo previsto. Também se faz um trabalho com as mulheres em idade fértil para a identificação de fatores de risco que pode influir na situação de saúde delas e atividades de promoção e educação em saúde com a participação ativa de todos os profissionais de nossa UBS.

A cobertura de Pré-natal do Caderno de ações programáticas na UBS é 55%(31). Os indicadores de qualidade de Pré-natal iniciado no primeiro trimestre e avaliação da saúde bucal que se encontram a um 97%(30) Pré-natal iniciado no 1º trimestre 97%(30) consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde 90%(28) exame ginecológico por trimestre 77%(24) os restantes indicadores de qualidade equivalem a um 100%.

Em quanto à cobertura de puerpério do caderno de ações programáticas na área é 100%(56). Quanto aos indicadores de qualidade da atenção ao puerpério avaliados no caderno de ações programáticas 79%(44) tem dificuldades em fazer exame ginecológico 73%(41) tiveram seu estado psíquico avaliado, 100%(56) receberam orientações sobre planejamento familiar e método anticoncepcional, 100%(56), foram avaliadas por médico clínico geral refletindo na ficha da puérpera e 100%(56) foram avaliadas quanto à intercorrências.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama todos os profissionais de saúde fazem promoção e prevenção de doenças tais qual orientação às mulheres o uso de preservativo em todas as relações sexuais, ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, estimulação a prática regular de atividade física, se insiste na prevenção de DST's, que são doenças que constituem riscos no desenvolvimento desses tipos de câncer. Além disso, se faz ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e rastreamento quanto ao exame clínico, já que a solicitação de mamografia é muito difícil tendo que agendar consultas em outras cidades para fazer o exame, o que faz com que demore meses. Realizam-se a coleta de exames cito patológico pela enfermeira em um dia na semana e se realiza exame clínico de mamas (Autoexame) e /ou

solicitação de mamografia que ocorre todos os dias, nas consultas e visitas domiciliares.

Os rastreamentos destas duas doenças acontecem de modo oportuno e organizado, é feito pelo médico e pela enfermeira segundo o protocolo do Ministério de Saúde para detectar precoces os fatores de risco para o Câncer de Mama e Câncer de Colo Uterino em todas as mulheres. Todos os exames são registrados no livro de registro que têm carências de dados e existe um arquivo específico e o prontuário para registrar este tipo de controle o qual não é revisado periodicamente. Como fonte de dados para o controle se utiliza os prontuários e se faz a anotação quando a paciente traz o resultado da mamografia. Realizam-se atividades de grupo de mulheres onde participam os profissionais de saúde com o objetivo da prevenção destas doenças. A forma de planejamento, gestão e coordenação e avaliação e monitoramento do programa se faz no nível da equipe e em reunião mensal com participação da equipe completa analisando os indicadores baixos nestes programas e buscando ações de saúde e métodos de trabalho que permitam melhorar o controle dos mesmos.

A cobertura do câncer de colo de útero em mulheres entre 25 e 64 anos de nossa área de abrangência é 86%(778) acordo com o Ministério de Saúde. Os indicadores de qualidade avaliados estão baixo neste programa e, precisamos ações de saúde e métodos de trabalho melhores que permitam um controle adequado deste programa. Os exames cito patológico para câncer de colo de útero em dia equivalente 70%(543), 30%(235) dos exames cito patológico para câncer de colo de útero estão com mais de 6 meses de atraso, outros indicadores de qualidade tais quais avaliação de risco para câncer de colo de útero, Orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e Orientação sobre DSTS, exames coletados com amostras satisfatórias se comportam a um 70%(543).

Os indicadores de cobertura do controle do câncer de mama na faixa etária (50-69 anos) a cobertura é de 100 %(281), a qual este acordo com o Ministério de Saúde.

Os indicadores da qualidade do controle do câncer de mama são mamografia em dia que equivalente a 21%(60). Muito baixa já que as mulheres têm que agendar consultas em outras cidades para fazer o exame e demora muito até meses, mamografia com mais de 3 meses em atraso com 79%(221). Em quanto à

avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama equivale a 3 %(4).

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos realizam-se consultas para as duas doenças onde participa a equipe de saúde fazendo acompanhamentos aos usuários na promoção e educação em saúde para alcançar mudanças para estilos de vida saudável, controle do peso corporal, avaliação da pressão arterial. Temos dificuldade com relação à falta dos medicamentos e mesmo conversando com gestores de saúde, ainda não foi resolvido.

Os atendimentos das duas doenças são registrados nos prontuários clínicos individual de cada usuário. Faz-se atividades de promoção e educação em saúde sobre alimentação saudável, importância dos exercícios físicos, assistir a consulta, sobre os fatores de risco modificável para um estilo de vida saudável, fazendo avaliação adequada e integral dos fatores de riscos cardiovasculares, renais e outros. Com a presença da equipe de odontologia houve uma melhora na atenção e avaliação integral. Contudo, temos dificuldades para o encaminhamento destes usuários a alguns outros níveis de saúde por qualquer motivo como, hospitalização e seguimentos a especialidades, já que demora muito as Inter consultas.

A cobertura estimada de hipertenso está muito baixa, temos uma cobertura de 28%(210) e para a diabetes temos uma cobertura de 73%(157). Por isso fazemos busca ativa de novos casos em todos pacientes maiores de 20 anos em consultas ou visitas domiciliares, pesquisa ativa dos usuários com sintomas destas enfermidades e suas complicações. Não fazemos glicemia já que não constamos com glicômetro em nossa UBS. A estratégia tomada com os gestores foi à sensibilização para realizar a compra do glicômetro. Como fato relevante no trabalho na UBS que se começou a fazer avaliação bucal recentemente, quando foi completada a equipe odontológica.

Em relação à saúde dos idosos se realiza atendimento neste grupo como está estabelecida pelo o Ministério de Saúde, acontece todos os dias em todos os turnos para os idosos da área de abrangência, onde participa toda a equipe de saúde. Os atendimentos com problemas de saúde agudos são feitos no mesmo dia dando sua prioridade segundo as características clínicas e magnitude do caso. Realizam-se ações de saúde onde se explicam temas relacionados à prevenção e promoção das doenças e que ajudam a melhorar a qualidade de vida, tais quais imunizações, promoção de atividade física, hábitos alimentares saudáveis,

promoção de saúde bucal e mental, problemas clínicos gerais, tabagismo, obesidade. Nestas atividades participam a equipe completa e as especialidades solicitadas pela equipe segundo o tema que será desenvolvido, feitas no âmbito da UBS.

Não existem protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde nem encaminhamento deles. Os atendimentos são registrados em os prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológica e nutricional. Não contamos com um arquivo específico para os registros do atendimento. Realizamos a avaliação da Capacidade Funcional Global do usuário e durante as consultas e visitas domiciliares se explica a seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência neste grupo. Realiza-se planejamento, gestão, e coordenação e avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos com toda a equipe de saúde com uma frequência mensal.

Temos uma cobertura da atenção aos idosos de 100%(273), porém, os indicadores de qualidade ainda precisam melhorar. Acreditamos que podemos trabalhar as atividades neste grupo com um acolhimento e acompanhamento adequado de cada usuário de acordo a sua doença, realizando promoção e educação em saúde em consultas e visitas domiciliares. Além disso, melhorar na atenção odontológica que a equipe foi completada recentemente, identificação dos riscos de fragilidade dos usuários idosos. Ainda, precisamos melhorar a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa que começou a entregar recentemente e a pesquisa dos usuários faltosos. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 53%(146). Acompanhamento em dia 75%(206). Hipertensão arterial sistêmica 38%(104) Diabetes mellitus 15%(42). Avaliação de saúde bucal em dia 59 %(162).

Em relação à saúde bucal a capacidade instalada para a pratica clínica é de acordo o que o Ministério de Saúde preconiza.

A capacidade instalada para ações coletiva é pouca não há espaço suficiente para o desenvolvimento destas atividades, na UBS onde trabalho atualmente não conta com esse serviço de odontologia, sou se faz em sevicio de secretaria de saúde.

A forma do registro que realiza a dentista permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas.

A avaliação que faz da média de procedimentos clínicos por habitantes/mês na UBS em relação a sua capacidade instalada está de acordo com o equivalente a 0,5% em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde que é 0,4 a 1,6%.

Na atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) na UBS se desenvolve segundo os indicadores, Pré-escolares (0-4 anos) - 91%(18), Escolares (5-14 anos) -74%(111), outros exceto gestantes (15 – 59 anos)-84%(467), idosos (60 ou mais anos) - 94%(18), gestantes - 98%(2). Ainda muito baixo segundo o preconizado pelo Ministério de Saúde.

O desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) realizam-se ações de saúde coletivas com os grupos prioritários realizados no âmbito da UBS apesar de nossas condições estruturais.

A razão entre as primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados na UBS existe mais consultas programadas que não programadas. Comportando-se Pré-escolares (0-4 anos) -09%(18), Escolares (5-14 anos) - 26%(111), outros exceto gestantes (15 – 59 anos)-16%(463), idosos (60 ou mais anos) - 6%(18), gestantes - 2%(31).

Para melhorar à saúde bucal em minha UBS devemos inter-relacionar toda a equipe de saúde fazendo um adequado planejamento das atividades encaminhadas à promoção e educação em saúde, trabalhar com todos os grupos prioritários de nossa comunidade, nosso equipe de saúde faze trabalho de saúde bucal aos grupos etários e grupos especiais, como diabete, hipertensão, tuberculose, hanseníase, HIV e gestantes, além que a gravidez acentua e aumenta o risco de cárie dental, sendo esta uma porta de entrada de germes que podem afetar a mãe e ao bebê., por tanto deve ser evitada,pesquisa dos usuários faltosos nas consultas programadas, garantir equipamento e instrumental adequados para melhorar na atenção básica de saúde. Prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalha de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços, Garantir Acesso à Demanda Espontânea, e dar respostas às necessidades sentidas da população.

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

No texto inicial descrevemos os dados gerais, o estado estrutural da UBS com todas as dificuldades iniciais e, neste texto que contempla o relatório final da unidade, observa-se como alguma destas dificuldades vai obtendo soluções, às vezes parciais, outras vezes totais, evidentemente a resposta da segunda semana do curso foi muito superficial já que não contava com elementos necessários para fazer uma avaliação detalhada com todos os aspectos da situação na UBS.

Com os conhecimentos adquiridos durante estes questionários e cadernos de Ações Programáticas, devemos trabalhar para realizar mudanças positivas na atenção básica. Temos identificado nossas dificuldades e nossa fortaleza. A população tem aceitado nosso trabalho, estamos motivados para melhorar juntamente com a equipe o estado de saúde da população.

As condições estruturais da UBS têm mudanças já que fizeram um serviço de saúde novo com todas condições estruturais, temos sala para enfermeira, sala para medico, sala de vacina, sala de odontologia, sala para reunião, sala de observações, tem banheiro para usuários, para profissionais ou trabalhador, sala de curativo, farmácia, sala de reuniões, computador, contamos com um ambiente adequado para a recepção e arquivos de prontuários existe sala de recepção para os usuários, com uma capacidade para 60 pessoas, mas as cadeiras confortáveis, tem sala de espera para os usuários e não tem barreiras arquitetônica para doentes com dificuldades físicas pero existem muita melhorias e mudanças da forma organizativa de trabalho da equipe de saúde, com melhoras evidentes de os indicadores de saúde da população, mudanças nos estilo de vida da população, nossa equipe continuará trabalhando com muito amor e cada dia melhor, ainda continuam as mesma dificuldades descritas anteriormente sobre medicamentos, aparelhos para fazer glicemia capilar, para nebulização e manter um doente em observação por falta de pessoal para sua atenções, carência de materiais e insumos, Ainda, algumas dificuldades na marcação com as especialidades e em muita de elas demoras e em oca coes não agendam a consulta com especialistas.

Comparando o primeiro texto da situação da minha UBS e o relatório está dando exemplo das mudanças que apresentou minha unidade básica de saúde. Muitas das questões relatadas anteriormente mudaram desde o começo do curso

até hoje, principalmente com o preenchimento dos questionários pela equipe. Nesta população são muitas freqüentes as doenças do sistema nervoso, por anos existe um alto consumo de medicamentos antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos, que nós temos diminuído devagarzinho, mas é muito difícil, por isso vamos a seguir trabalhando dia a dia até obter os resultados esperados, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de nossa população.

Os maiores desafios que eu identifiquei no início do curso foi à equipe incompleta e a falta de organização, planejamento e a sistematização do trabalho, bem como dificuldades na estrutura na UBS e carência de materiais e insumos, Ainda, algumas dificuldades na marcação com as especialidades. Podemos olhar mudança em alguns aspectos com a completa composição da equipe de saúde e há incremento das atividades e ações de saúde para promoção e prevenção nas comunidades. A qualidade do completo mento dos registros há melhorado para permitir obter dados e avaliar na atenção básica.

Nosso trabalho constitui um desafio fundamental para garantir grandes metas da saúde no país, baseado nos princípios da atenção básica (Universalidade, Integridade e Equidade) e lograr mudanças positivas de nossa atenção médica o qual está em relação com o engajamento público e a carta dos direitos dos usuários que são as motivações principais desta escolha para melhorar os indicadores de qualidade analisados anteriormente que apresentam com dificuldade na UBS.

2-Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática escolhida segundo o caderno é a HAS e Diabetes. Nestas duas doenças, consideram-se os maiores problemas de saúde do mundo e constituem as doenças de mais atendimentos na atenção primária de saúde nas UBS. A Sociedade Brasileira de Diabetes e Hipertensão em quanto a dados epidemiológicos refere-se à incidência aumenta cada dia, em estudos realizados 2006 equivale a 21,6% e no ano 2010 corresponde a 23,3% e a prevalência estimada na população brasileira é 21,6%, sendo que entre a população idosa, esta cifra chega a 65%. Aproximadamente um 30 % dos pacientes desconhecem serem portadores da doença. Diabetes a incidência no ano 2010 equivale 7,5 milhões de vítimas. Um estudo multicêntrico sobre a prevalência de Diabetes Mellitus apontou um índice 7,6% na população brasileira entre 30 a 69 anos, atingindo cifras próximas

a 20 % na população acima dos 70 anos. Espera-se que no ano 2030 nesta prevalência aumente a 12,7%. (MORITZ, MANOSSO, 2011)

O manejo das mesmas e seu conhecimento dos protocolos preconizados pelo OMS e organização ajudam os profissionais de saúde a melhorar a abordagem e avaliação adequada dos usuários, elevando a qualidade de vida na diminuição a complicações que levam a limitações físicas e alterações psicológicas aos usuários e suas famílias. Na UBS Dr. Jose Candido em que estou lotado está localizada na zona urbana . Conforma à Equipe 2 que está composta por Médico Clínico Geral, Enfermeira, Técnico de Enfermagem, 05 Agentes Comunitários de Saúde. As condições estruturais da minha UBS não há concordância com o modelo no manual sobre a estrutura que deve ter uma UBS segundo o padrão de estrutura física estabelecida pelo Ministério da Saúde. Ela é muito pequena. A população da área adstrita da UBS é de 3740 usuários, demograficamente corresponde a 1321 do sexo masculino e 2419 do sexo feminino. Existe sala de recepção pequena para os usuários. Na sala de procedimento se realizam várias atividades de enfermeira, incluindo a consulta da enfermeira, um banheiro com uso múltiplo. Não contamos com a sala de reuniões, farmácia e sala de vacinas.

Com respeito a meu foco da intervenção, a cobertura de hipertenso está muito baixa da realidade segundo o estimativa pelo MS, temos um indicador de cobertura de 36% que correspondem a 75 usuários que são atendido na UBS e segundo o MS o estimado são 210 usuários de população alvo na área adstrita, e para a diabetes temos uma cobertura de 52% equivalente a 81 usuario atendidos na UBS e o estimado é 157 usuário de população alvo adstrita na área. Por isso a equipe de saúde faz a pesquisa ativa na busca de novos casos em todos os usuários maiores de 20 anos em consultas ou visitas domiciliares, pesquisa ativa dos usuários com sintomas e sinais destas doenças e suas complicações elevando indicadores de qualidades com dificuldade na pesquisar aqueles usuários faltosos nas consultas.

Há divergência entre os dados da HTA e DM que constam na RAS (28%HTA e DM (73%) na justificativa (36%hta) e (52%DM)e devido a que os dados encontrados em ras e um subregistro que existia em os controles da UBS quando eu iniciei TCC e os dados da justificativa e segundo estimativa da ministério da saúde.

Todos os profissionais de saúde participam nas atividades de promoção e educação em saúde para mudanças positivas no estilo de vida aos usuários, dentre

elas, algumas já desenvolvidas, temos sobre alimentação saudável, Importância dos exercícios físicos, assistir a consulta, medidas de prevenção das doenças Hipertensão com as duas doenças onde participa a equipe de saúde fazendo acompanhamentos aos usuários, controle do peso corporal, avaliação da pressão em todos os usuários maiores de 20 anos assistidos às consultas ou nas visitas domiciliares, fazendo uma avaliação adequada e integral dos fatores de riscos cardiovasculares, renais e outras causas que influem nestas doenças.

Além disso, a abordagem adequada das doenças melhora e diminuem as taxas de morbidade e mortalidade tais quais acidentes vasculares cerebrais, insuficiência renal e cardíaca, mortes prematuras entre outras. Com respeito às complicações da Diabetes, temos amputação, cegueira, Cetoacidose que está entre as principais causas de morte desta complicação e o edema cerebral, Hipoglicemias, Hipertensão, Infecções, Insuficiência renal terminal. Por isso na intervenção é muito importante na UBS. As principais dificuldades e limitações existentes são facilidades o município conta com transporte suficiente para fazer as visitas nas comunidades, a equipe de saúde treinada para realizar atividades de promoção e educação em saúde e adequada avaliação de riscos que ajude a melhorar a qualidade de vida usuários a equipe de saúde completa envolvendo a todos seus integrantes e a vontade de cumprir os objetivos e metas propostos.. A dificuldade Na UBS não conta com glicômetro e em muitas ocasiões não tem esfigmomanometro, Poucos medicamentos para o controle das doenças, estrutura pequena de minha UBS, referente ao atendimento odontológico

Nestas dificuldades pretendo superar com a sensibilização dos gestores da Secretaria de Saúde a importância desta intervenção para melhorar o estado de saúde dos usuários e do município, facilitarem a disponibilidade dos medicamentos. Quanto à estrutura do posto já começou a construção de uma nova UBS com melhores condições estruturais que deve iniciar em 2015.

Os aspectos na intervenção que pode melhorar a atenção à saúde da população é a qualidade do atendimento realizando uma avaliação integral aos usuários identificando-se adequadamente os fatores de risco, controle e prevenção da Hipertensão e Diabetes Mellitus com suas complicações na Atenção Básica de Saúde, que diminui as taxas de morbimortalidade por estas doenças para alcançar metas importantes no Sistema Único de Saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar o atendimento a hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 55% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr José cândido, no Município de

Batalha. Participarão da intervenção portadores de hipertensão e diabetes acima dos 20 anos de idade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Cadastrar 55% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Para o monitoramento os dados do acompanhamento dos pacientes com HAS e DM serão monitorados pelo médico e enfermeira, nas reuniões de equipe semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

Ações: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e Diabetes. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O registro será feito em todas as consultas pela médica e enfermeira utilizando a ficha específica do programa. O acolhimento será realizado todos os dias e em todos os turnos, por todos os profissionais da equipe, garantindo marcação da consulta, ou atendimento das demandas de urgência. Os materiais serão garantidos através de conversas com os gestores sobre a importância de qualificar esta ação programática e a necessidade de disponibilizar os materiais.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: 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 hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Orientar à comunidade da importância da verificação Pressão Arterial dos usuários maiores de 18 anos e do rastreamento da DM, através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras na comunidade assim como seus fatores de riscos destas doenças uma vez por mês envolvendo a todos os profissionais de saúde da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde sobre cadastramento dos usuários com estas doenças para o rastreio de casos de HAS e DM e verificação da pressão arterial, nas reuniões semanais com a equipe fazer atividades de treinamento aos profissionais de saúde feita pela médica.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Solicitar a todos os usuários. Hipertensos e diabéticos, todos os exames de acordo com o protocolo de HAS e DM, uma vez ao ano coordenada pelo gestor de saúde, para garantir o acesso dos usuário na realização dos exames.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde sobre a HAS e Diabetes Mellitus. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais de saúde

sobre Hipertensão e Diabetes. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde de hipertensão e Diabetes.

Detalhamento: Capacitar todos os profissionais da equipe de acordo com o protocolo preconizado pelo MS, esta capacitação se realizará semanalmente, nesta atividade envolver aos gestores de saúde com a impressão dos protocolos pelo o MS. Realizar-se um registro com dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência com exames indicados segundo o protocolo, isto será feito pela técnica de enfermagem e encaminhar todos os usuários hipertensos e diabéticos segundo o atendimento para avaliação odontológica.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes assim como sua importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Orientar nas comunidades sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, assim como realizar atividades em as comunidades de educação e promoção de saúde e importância da avaliação periódica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal, como estabelece o protocolo pelo MS, será realizado pelo médico e enfermeira da equipe de saúde.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Para o monitoramento os dados do acompanhamento dos usuários com HAS e DM serão monitorados pelo médico e enfermeira, nas reuniões de equipe semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realização de exames laboratoriais a todos os usuários hipertensos e diabéticos uma vez por ano de acordo com o protocolo e com a periodicidade estabelecida com relação com os gestores de saúde para sua realização facilitando uma contra referência rápida dos exames.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares segundo o protocolo da hipertensão e diabetes. Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Orientar na comunidade durante as atividades de promoção e educação em saúde, palestras, mural informativo na UBS a importância na realização dos exames destes usuários de forma periódica e sistemática.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Capacitação a toda a equipe de saúde na reunião semanal com respeito à solicitação de exames, como estabelece o protocolo pelo MS, será realizado pelo médico e enfermeira da equipe de saúde.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado semanalmente pela enfermeira da unidade através da planilha de entrada e saída de medicações, na própria UBS no horário de expediente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde diariamente.

Detalhamento: O controle de estoque será realizada pela técnica de enfermagem mensalmente, revisando as planilhas de acompanhamento e os estoques de medicações da UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Monitorar o acesso aos medicamentos de farmácia com realização de controle e dos registros das necessidades dos hipertensos e diabéticos diariamente orientando na comunidade o direito deles de acesso aos medicamentos. Esta atividade será feita pela técnica de enfermagem.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal com respeito a uso de medicamento suas reações e contraindicações serão realizadas pela médica da equipe de saúde.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Para o monitoramento os dados do acompanhamento dos usuários com HAS e DM serão monitorados pelo médico e enfermeira, nas reuniões de equipe semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

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

Detalhamento: Monitorar e organizar segundo o atendimento dos hipertensos e diabéticos aos usuários que precisam avaliação odontológica e agendar consultas programadas se realizaria semanal pela odontologia e a técnica de saúde bucal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Orientar de forma periódica na comunidade em as atividades de promoção e educação em saúde, palestras e murais informativos a importância da avaliação de saúde bucal destes usuários e realização de capacitação dos profissionais da equipe com avaliação odontológica responsável desta atividade a odontologia da equipe..

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal com respeito à solicitação de exames, como estabelece o protocolo pelo MS, será realizado pelo médico e enfermeira da equipe de saúde.

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

Meta3. 1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas nos protocolos hipertensão e diabetes está ação será realizada por toda a equipe de saúde e será analisada nas reuniões semanais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Incrementar o número de visitas domiciliares pelos ACS na pesquisa dos usuários faltosos e fazer o agendamento da próxima consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Está ação se realizará a nossa comunidade através das atividades de promoção e prevenção de saúde de forma periódica aos usuários hipertensos e diabéticos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal com respeito à importância de assistir as consultas programadas serão realizadas pelo médico e enfermeira da equipe de saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Monitorar a qualidade dos registros de na unidade de saúde.

Detalhamento: Monitorar sistematicamente os registros dos usuários hipertensos e diabéticos, atividade realizada pelo médico, enfermeiro e a técnica de enfermagem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos 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: Organizar e realizar as fichas de acompanhamentos e sistema de registro dos usuários que alerte a equipe dos usuários faltosos as consultas ou atraso nos exames nesta atividade serão monitorados pelo médico, enfermeira e a técnica de enfermagem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Orientar por as atividades educativas e em grupos na comunidade sobre seus direitos em relação á manutenção dos registros e acesso destes, envolvendo toda a equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal com respeito ao preenchimento dos registros e adequado registros dos procedimentos clínicos serão realizadas pela médica e enfermeira da equipe de saúde.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Monitorar em todas as consultas dos usuários hipertensos e diabéticos que tenham realizada a estratificação de risco dentro do tempo estabelecido.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Se estabelecerá a priorização de todos os usuários hipertensos e diabéticos avaliados de altos riscos para seu atendimento em consulta de forma mensal por médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: 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: Realizar as atividades de prevenção e promoção de saúde com os grupos riscos nas comunidades de forma trimestral, com participação da equipe de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal com respeito a conhecer e realizar a estratificação de risco ou lesões em órgãos alvos e sua importância de registrar todos os dados apresentados e controle dos fatores em todos os usuários.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Monitoramento de todas destas ações de saúde pela equipe de saúde da equipe durante as consultas de controle e as visitas domiciliares de forma sistemática.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável

Detalhamento: análises das necessidades econômicas destes usuários para entregar ajuda em a alimentação e garantir e doente em bolsa de família Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Orientar a todos os pacientes sobre alimentação saudável, realizar capacitação semanal a todos os profissionais de saúde da equipe que ajudam a melhorar a saúde e encaminhar as ações de saúde preventivas eleva a qualidade de vida na comunidade de forma periódica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Realizar capacitação semanal a todos os profissionais de saúde da equipe que ajudam a melhorar a saúde e encaminhar as ações de saúde preventivas sobre alimentação saudável eleva a qualidade de vida na comunidade e diabéticos em reunião semanal

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Monitoramento de todas destas ações de saúde pela equipe de saúde da equipe durante as consultas de controle e as visitas domiciliares para incentivar a pratica de atividades físico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade

Detalhamento: organizar grupos para a prática de exercícios em ginásios de fisioterapia envolvendo a educadores físicos e garantir a orientação de atividade física aos hipertensos e diabéticos em palestras os dia do consulta de hiperdia em sala de reunião.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Orientar a todos os pacientes hipertensos, diabéticos em a comunidade sobre a prática de atividade física regular de forma diária.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação semanal a todos os profissionais de saúde da equipe que ajudam a melhorar a e encaminhar as ações de saúde preventivas eleva a qualidade de vida na comunidade e fazer promoção da prática de atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos.

Detalhamento: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo de forma sistemática em consulta, visitas domiciliar palestras semanais em sala de posto de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: realizar análise das necessidades econômicas destes usuários para entregar ajuda e fazer tratamento por três meses a doentes fumadores.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Orientar a todos os usuários sobre abandono de tabagismo e seus malefícios para à saúde e realizar ações de promoção e prevenção de saúde aproveitando todos os lugares públicos para divulgar estas ações na comunidade

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação semanal a todos os profissionais de saúde da equipe que ajudam a melhorar a saúde e encaminhar as ações de saúde preventivas eleva a qualidade de vida na comunidade

Meta6. 7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Monitoramento de todas estas ações de saúde de higiene bucal pela equipe de saúde da equipe durante as consultas de controle e as visitas domiciliares de forma periódicas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Organizar consultas de higiene bucal de forma programada por cada agente de saúde seguem protocolo de saúde bucal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Orientar a todos os usuários sobre higiene bucal e realizar ações de promoção e prevenção de saúde aproveitando todos os lugares públicos para divulgar estas ações na comunidade de forma periódica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Realizar capacitação semanal a todos os profissionais de saúde da equipe que ajudam a melhorar a saúde e encaminhar as ações de saúde preventivas eleva a qualidade de vida na comunidade.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 55% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos residente na área e acompanhado na UBS.

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram as consultas.

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Objetivo 4 . Melhorar o registro das informações.

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia.

Denominador: Número total de hipertensos residente na área e acompanhado na UBS.

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

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia.

Numerador: Números de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinicam em dia.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística

Com respeito à logística na intervenção de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus é necessários aspectos básicos para sua estrutura desta ação programática tais quais: Protocolo ou Manual Técnico, monitoramento regular, registro específico.

O Protocolo ou Manual Técnico que vamos adotar é o Protocolo de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde 2013 Caderno Nos 37 e 36 respectivamente.

Utilizaremos para os registros específicos (ANEXO C) nos prontuários individuais dos usuários, cartão de hipertensos e diabéticos, Ficha B dos ACS, Fichas de acompanhamentos do Hipertenso e/ou Diabético, Fichas Odontológicas, livro de registro dos usuários Hipertensos e Diabéticos cadastrados de nossa área de abrangência disponíveis na UBS o qual o município tem e deve oferecer caso seja preciso realizar a coleta dos dados segundo a intervenção. Os prontuários não prevê a coleta de informações detalhada sobre o acompanhamento para realizar avaliação de risco (Escore de Framingham). Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar (APENDICE A) com estes dados melhorando o registro específico da intervenção.

Estimamos alcançar com a intervenção uma cobertura de 100% dos Hipertensos equivalente a 210 pacientes e 100% dos diabéticos que correspondem a 157 usuários. Faremos contato com os gestores no município para dispor a realização de exames laboratoriais, fichas complementares que serão anexadas aos prontuários todos eles com 210 para usuários hipertensos e 157 para usuários diabéticos o mais se necessário. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada os prontuários individuais.

Para organizar o registro específico do programa todos os prontuários dos usuários cadastrados estão organizados na UBS por famílias e a médica ou enfermeira revisará o livro de registro identificando-se todos os hipertensos e diabéticos que assistam ao serviço para atendimento na consulta ou visita domiciliar de maneira semanal monitorando assim indicadores de qualidade e revisão do livro onde registramos PA dos usuários maiores de 18 anos e glicemia capilar dos usuários que assistem a UBS e as visitas domiciliares. A técnica de enfermagem localizará os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos se anexará a ficha complementar onde transcreverá todas as informações.

Durante o atendimento se realizará o monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames clínicos em atraso, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado pelo MS, se os usuários tem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico isso feito pela Odontóloga e aqueles usuários que não tenha realização de uma verificação da estratificação de risco como mínimo uma vez por ano que será feita pela médica da equipe durante as consultas. No caso dos usuários faltosos, atraso dos exames laboratoriais e acesso a medicamentos os ACS de cada área realizaram a visitas deles e agendando a próxima consulta.

Além disso, continuaremos realizando atividades de promoção e educação em saúde pesquisando a todo usuário maior de 18 anos. O resultado destas pesquisas feitas permite a detecção precoce de casos novos (Incidências) agendando consultas aos usuários. Continuar a realização das reuniões da equipe de saúde semanal para monitorar as atividades com respeito da intervenção.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo a análise situacional o a definição de o foco de intervenção foi discutido com a equipe na UBS. Assim começaremos primeiro com a capacitação sobre o

Protocolo da Hipertensão e Diabetes por o MS para que toda a equipe utilize igual referencias com os usuários hipertensos e diabéticos.

A mesma ocorrerá na UBS serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário da reunião da equipe, onde a medica, enfermeira e odontóloga estudaram uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Dentre delas temos capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, Capacitação para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sua importância do registro desta avaliação, capacitação em quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, Capacitação sobre o preenchimento dos registros e adequado registros dos procedimentos clínicos dentre outras.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos hipertensos e diabéticos a demandas dos casos agudos deste usuário não há necessidade de alterar a organização da agenda, estes serão priorizados nas consultas disponíveis para rápido atendimento. Para as incidências dos hipertensos e diabéticos provenientes da pesquisa ativa serão reservadas 12 consultas semanais (4 Vagas diárias). Restantes usuários cadastrados continuam na Hiperdia e casos para atendimentos agudos 12 consultas semanais (4 vagas diárias).

Para a sensibilização da comunidade realizaremos contato com os representantes na comunidade e as escolas das regiões de nossa área de abrangência e apresentamos o projeto esclarecendo a importância de seguimento e controle dos usuários para diminuir as complicações. Solicitaremos apoio na comunidade no sentido de todo paciente maior de 18 anos com os não fatores de risco avaliem sua pressão arterial sobre a necessidade de trabalhar com a mobilidade oculta destas doenças.

Para o monitoramento da ação programática a enfermeira e técnica de enfermagem examinarão semanalmente os prontuários e os registros específicos e ficha de acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético na UBS identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou avaliação odontológica em atraso dentre outros dados. O ACS fará a busca ativa

dos usuários com atraso, estima-se 6 por semana 6 para hipertensão e 4 para diabetes ao mês 40 usuários em total contamos com 4 microrregiões onde cada área há um ACS . Ao fazer a busca já se agendará aos usuários para um horário à sua conveniência. Ao final de cada mês, todas as informações coletadas nos prontuários e outras atividades na intervenção serão discutidas, analisadas e consolidadas com o objetivo de melhorar os indicadores proposto na intervenção.

3- Relatório da Intervenção

Neste trabalho fizemos um cronograma que foi cumprido e nos propusemos realizar várias ações para cumprir os objetivos e metas traçadas, os quais foram realizados por inteiro. Chegamos ao final da intervenção na ação programática Atenção aos Hipertensos e Diabéticos UFS Dr, Jose Candido, em Batalha/PI. A intervenção foi desenvolvida no período de 16 semanas. Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos da intervenção (Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica; e Engajamento Público) as quais possibilitaram alcançar melhorias significativas na ação programática, com aumento da cobertura e melhoria dos indicadores de qualidade.

Durante todas as semanas de desenvolvimento do trabalho da intervenção na UBS se tratou de fazer todas as atividades segundo o planejado no cronograma, na logística e na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações (HAS-DM), documentos estes elaborados durante a construção do projeto na unidade Análise Estratégica e baseados nos protocolos do MS (Caderno da atenção básica de saúde Nº 36 e 37 sobre Diabetes e Hipertensão respectivamente do ano 2013). Mantivemos as informações do Sistema de Atenção Básica (SIAB) atualizadas nos prontuários ou fichas próprias já que as fichas espelhos nunca foram disponibilizadas, embora conseguissem fazer algumas poucas cópias na Secretaria de Educação.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Realizamos na primeira semana a reunião com a equipe de saúde na UBS e com os gestores no município para apresentar o projeto de intervenção, divulgando e sensibilizando os gestores e profissionais da equipe, bem como solicitando o apoio de cada um deles no desenvolvimento da intervenção. Ainda, definimos o papel de todos os profissionais na ação programática e fizemos a organização de agenda

compartilhada com os profissionais da equipe. Nesta reunião todos concordaram em imprimir toda a documentação necessária para o desenvolvimento do projeto e apoiá-lo.

Nesta primeira reunião discutimos também a dificuldade na realização dos exames complementares enfrentadas pelos usuários, pois são feitos no sistema privado de saúde. Ao longo da intervenção conseguimos apoio dos gestores para uma solução parcial desse problema, pois houve uma negociação com o setor privado, reduzindo os custos desses exames para os usuários. Outras dificuldades que apresentamos logo no início foram não existe glicômetro para medir a glicemia aos usuários da intervenção e a falta da avaliação odontológica pela equipe de saúde Bucal na UBS. Estas situações foram resolvidas integralmente, realizando a compra do aparelho e a situação e disponibilização da ESB.

Tivemos disponível na UBS a versão atualizada dos protocolos e os gestores fizeram entrega de todos os documentos impressos necessários para trabalhar a intervenção, garantindo assim os registros e organização das ações realizadas.

A ação de capacitar a equipe de saúde se iniciou na primeira semana e continuou duas semanas seguintes. Realizamos a capacitação de toda a equipe de saúde uma semana para cada doença, começando pela Hipertensão e em seguida a diabetes, segundo o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes do MS. Utilizamos igual bibliografia para unificar critérios clínicos e conhecer o manejo adequado de cada usuário da intervenção, a qual foi realizada na UBS pela médica e enfermeira incluindo os seguintes temas: capacitação dos ACS para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos; capacitação da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, com uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; capacitação para realizar estratificação de risco e a importância do registro desta avaliação; capacitação sobre exames clínicos e exames complementares estabelecidos segundo o protocolo e preenchimento dos registros durante os acompanhamentos dos usuários; capacitação a equipe para orientar os usuários sobre o acesso aos medicamentos da farmácia popular /Hipertensão e para avaliação das necessidades odontológicas; capacitação os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidades e fatores de risco modificáveis.

Estas capacitações eram sempre reforçadas em todas as reuniões da equipe de saúde as quintas-feiras, quando se fazia análises, avaliação e monitoramento da intervenção e não se apresentaram dificuldades para cumprir nesta atividade.

Durante a intervenção realizamos cinco contatos com lideranças comunitárias nas comunidades atendidas, falando sobre a importância da intervenção, solicitação de apoio pelas comunidades para captação dos usuários com fatores de risco elevado e para fazer a pesquisa ativa das duas doenças, com avaliação da pressão arterial a todo usuários maior de 18 anos. Solicitamos apoios para informar nas comunidades a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Em relação às atividades de promoção e educação em saúde, realizamos quatro atividades com temas relacionados com a alimentação, dislipidemias, importância das atividades físicas e riscos do tabagismo com apoio da nutricionista, NASF e fisioterapeuta e a participação das comunidades. Estas atividades foram cumpridas com qualidade, apesar das intensas chuvas durante o período. Os usuários e a equipe de saúde ficaram contentes. Neste eixo, segundo o cronograma, planejamos três atividades.

Conseguimos melhorar os acolhimentos dos usuários da intervenção com a incorporação da recepcionista da equipe, a qual fazia um primeiro acolhimento, fazendo a marcação da consulta ou encaminhando o usuário para a avaliação da equipe, em casos de demanda urgentes. Não tivemos problemas com excesso de demanda espontânea. Durante os atendimentos clínicos realizados aos usuários hipertensos e diabéticos já sejam nas consultas ou visitas domiciliares usamos os instrumentos e ferramentas fornecidas pelo curso, as quais foram preenchidas com avaliação integral dos usuários, realizando-se as seguintes ações avaliação da estratificação de Framingham e fatores de risco modificáveis, solicitação de exames complementar dos usuários com dificuldade acordo o protocolo, receberam prescrição dos medicamentos em farmácia popular/Hiperdia e receberam o atendimento odontológico pela equipe de saúde bucal, avaliação do pé diabético, aferição da glicemia e PA e como os usuários ficavam contentes com os atendimentos de maneira integral e maior qualidade. Além disso, todos os usuário receberam orientações gerais sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal assim como sua importância para

sua saúde e diminuir as complicações. Todos os usuários da intervenção já saíram com a próxima consulta agendada.

Durante as 16 semanas foram realizadas o monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência nas quintas-feiras a tarde com a equipe de saúde completa, monitoramento e avaliação também todas as atividades do projeto de intervenção, desde seu cumprimento até a qualidade do preenchimento dos registros e da realização das ações de promoção e educação em saúde. Fez-se análise dos comportamentos dos indicadores de Cobertura e de qualidades (adesão, registro, avaliação de risco e promoção da Saúde). Porque dependendo dos resultados alcançados, podíamos conhecer se estavam cumprindo os objetivos propostos e metas a atingir e discutir as mudanças nas estratégias traçadas. Não apresentamos nenhuma dificuldade para o cumprimento dessa atividade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nas primeiras semanas da intervenção apresentamos dificuldades para realizar os exames laboratoriais aos usuários da intervenção, não contamos com glicômetro e a equipe de saúde bucal trabalhava na sede do município. Porém, estes problemas foram sinalizados imediatamente aos gestores no município para seu apoio, sendo resolvidas estas situações. Dessa forma, não tivemos nenhuma ação que deixou de ser desenvolvida, pois as dificuldades foram resolvidas logo no início da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A equipe cumpriu com o cronograma de intervenção deste período avaliado, na reunião da equipe além de fazer a capacitação sobre os manuais técnicos, os agentes de saúde apresentaram para a equipe os resultados das buscas ativas de cada uma das semanas, já sendo agendados para atendimento clínico, a palestra realizada na comunidade fórum um sucesso, pois houve um comparecimento excelente das pessoas juntamente com alguns líderes da comunidades, igrejas . Onde as palestra foram desenvolvida com bastante participação de todos ali presentes, sendo que foram respondidas várias dúvidas apresentas pelas pessoas.

O projeto aumentou a motivação da equipe, pois fez com que buscassem os usuários que haviam abandonado o acompanhamento na unidade, fazendo assim com que a equipe sinta que está realmente fazendo algo importante na comunidade.

Neste período avaliado continuamos com nosso trabalho de intervenção na comunidade, com ajuda de todo a equipe mais foi muito produtivo para a intervenção, fiz avaliação da intervenção em reunião de equipe e discute com minhas colegas os resultados alcançados, as como a mudanças positivas no estilo de vida aos usuários em elos aumentou a motivação da equipe, pois fez com que buscassem os usuários faltosos também foi realizadas busca ativa de dos usuários com consulta em atraso e o acompanhamento na unidade, fazendo assim com que a equipe sinta mais comprometida com o projeto, Fiz uma reunião com minha equipe de saúde incluindo os agentes comunitários de saúde, onde foi discutido os resultados de projetos até os da semana anterior, onde foram discutidos também estratégias para dar soluções aos problemas encontrados de difícil solução são realizações de exames complementares laboratoriais nos doentes acamados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto todas estão vinculadas com a rotina da UBS porque aproveitamos todos os cenários das atividades diárias para aplicar o projeto exemplos: busca ativa de hipertensos e diabéticos; verificação da PA a todo usuários que buscava a nossa UBS; busca ativa de faltosos a consulta clinica e

odontológica; cadastramento dos usuários; até as atividades de educação em saúde. Além disso, as outras equipes da UBS também se envolveram e buscaram implementar a intervenção em sua área de abrangência. Dessa forma, todas as equipes de saúde estão em função de que o projeto cumpra os objetivos propostos e metas, mesmo com o fim da intervenção.

Assim, continuará o atendimento do programa de HAS e DM com a mesma qualidade. Os aspectos que devem ser melhorados é que devemos continuar visitando e conversando com os usuários para que visitem com maior frequência a UBS e participe mais das atividades de promoção; divulgar mais todos os medicamentos em existência da farmácia popular; criar uma sala ampliada para desenvolver as atividades com os grupos de promoção da saúde, já que esta unidade é muito procurada pelos usuários e poder fazer atividades com boa qualidade. Deve ser melhorado o espaço físico da sala de espera e estrutura da UBS, já que é muito pequena, assim, melhorar o acolhimento dos usuários.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Depois da finalização da intervenção que teve duração de dezesseis semanas na ESF Dr. Jose Candido, os resultados são apresentados através de uma avaliação de todos os indicadores que foram utilizados durante a intervenção. Para o cumprimento ou não de cada meta, foram de muita utilidade as ações de monitoramento e avaliação, pois foi por meio delas que conseguimos identificar o alcance das metas da intervenção. Independentemente delas, outras ações foram importantes, como explicarei neste relatório.

A intervenção buscou a melhorar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos do município de Batalha, possuímos uma meta de alcançar um público alvo com cobertura de 55,0%(569) dos usuários hipertensos ou 55%(140) dos usuários diabéticos da área de abrangência da UBS. Analisando o resultado da intervenção implementada alcançamos 53.4%(304) dos hipertensos e 52,1%(73) dos diabéticos durante a intervenção.

Abaixo apresento os gráficos com os resultados obtidos durante a intervenção.

Objetivo1: Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta1. 1: Ampliar para 55% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

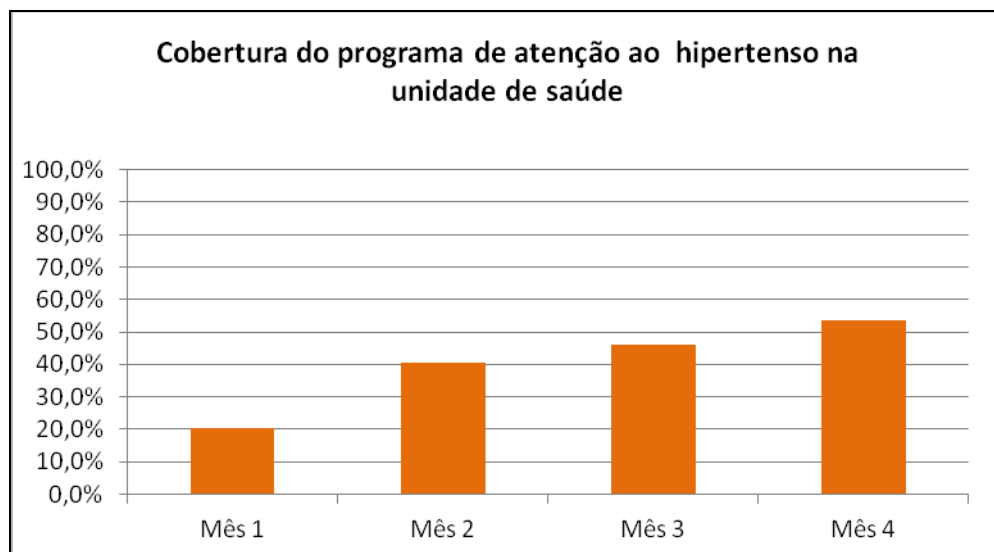


Figura 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

O número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, calculado por estimativa, foi de 569 e o número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS foi de 304. Nós tivemos 20,6% (117) usuários hipertensos cadastrados no primeiro mês, 40,6% (231) hipertensos no segundo mês 46,2% (263) no terceiro mês e 53,4% (304) no quarto mês da intervenção quando concluímos o cadastro de hipertensos. Isto nos permite dizer que não alcançamos a meta de cobertura de ampliação do cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

As ações que mais contribuíram foram as do eixo de organização e gestão do serviço. Com isso melhoramos o acolhimento para os portadores de HAS e todo usuário hipertenso que chegou a nossa unidade de saúde, foi acolhido corretamente. Após o acolhimento, garantimos o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. Foram registrados os casos novos, diagnosticados pelo próprio médico em consulta na UBS, os detectados pelos ACS e até os diagnosticados por outro médico em consultas particulares. Para viabilizar esta ação, cada vez que o usuário chegou a nossa UBS, a enfermeira fez uma revisão para ver se ele estava cadastrado no livro. Após o atendimento clínico, preenchemos sua ficha-espelho (médica). Todos os dias, reservamos cinco vagas na agenda destinada aos hipertensos captados pelos ACS, em visitas domiciliares e para os

usuários com alto risco. Estas ações permitiram a ampliação da cobertura da atenção a hipertensos para um 53,4 %.

Meta 1.2: ampliar para 70% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

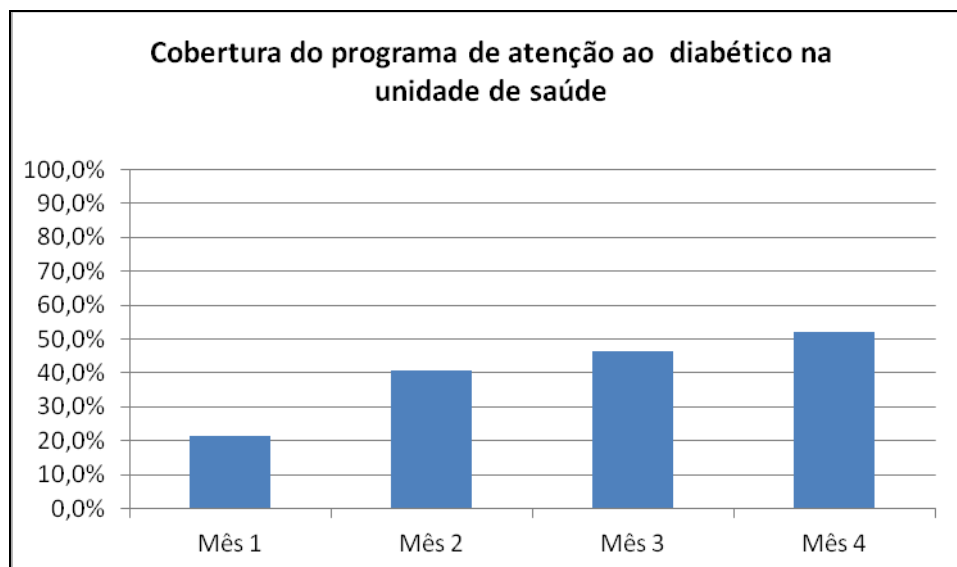


Figura 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

O número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde foi de 140, calculado por estimativa, e o número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à DM foi de 73. No primeiro mês, realizamos 21,4% (30) cadastros, no segundo 40,7% (57) cadastrados, no terceiro 46,4%(65) e no quarto mês, 52,1%(73) diabéticos cadastrados no programa. Isso nos permite dizer que a meta de cobertura dos diabéticos não foi cumprida.

As ações que mais colaboraram foram as referentes ao eixo de organização e gestão do serviço como a melhoria do acolhimento para os portadores de DM, pois todo usuário diabéticos que chegou a nossa UBS, foi acolhido corretamente. Após o acolhimento, garantimos o registro de todos os diabéticos cadastrados no Programa: os que foram diagnosticados pela médica da unidade, os detectados pelos ACS e até para os diagnosticados por outro médico em consultas particulares. Além disso, todos os dias, reservamos cinco vagas na agenda destinadas aos diabéticos

captados pelos ACS, em visitas domiciliares e para os usuários com alto risco. Estas ações nos permitiram ampliar a cobertura da atenção a diabéticos para um 52,1 %.

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

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

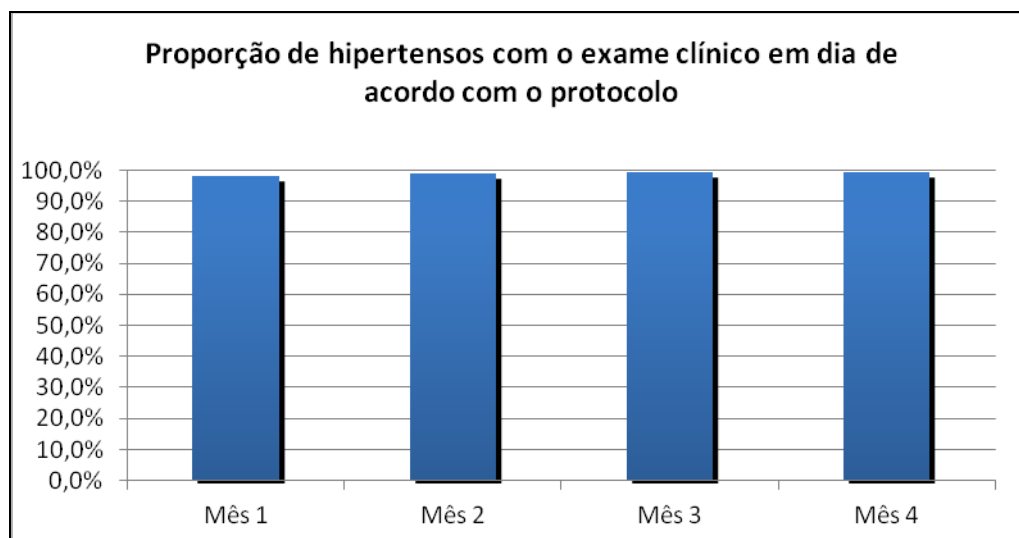


Figura 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

O número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS foi de 304 usuários e todos eles 100%, em todos os meses, receberam exame clínico apropriado, sendo que, sucessivamente nos quatro meses tivemos 98,3% (117), 99,1% (231), 99,2% (263) e 99,3% (304) hipertensos com o exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado, em 100% dos diabéticos

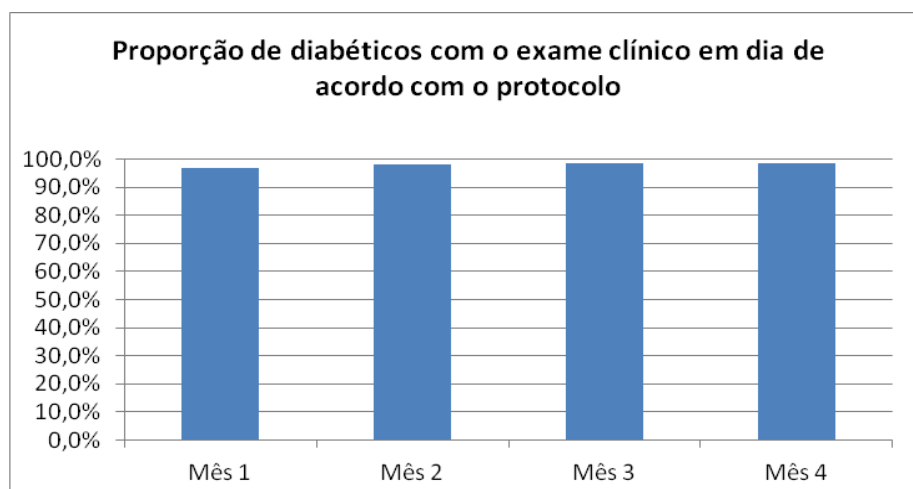


Figura 2.2 Proporção de diabético com o exame clinica em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

No decorrer da intervenção 73 diabéticos receberam exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo e atingimos a meta de 100% em todos os meses, sendo que sucessivamente nos quatro meses tivemos 96,7%(30), 98,2%(57), 98,5%(65) e 98,6%(73) diabéticos.

Para dar cumprimento a este objetivo foram realizados pela médica exames clínicos com muita qualidade e foram considerados aspectos relevantes avaliados no exame físico segundo o estabelecido no protocolo do MS.

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

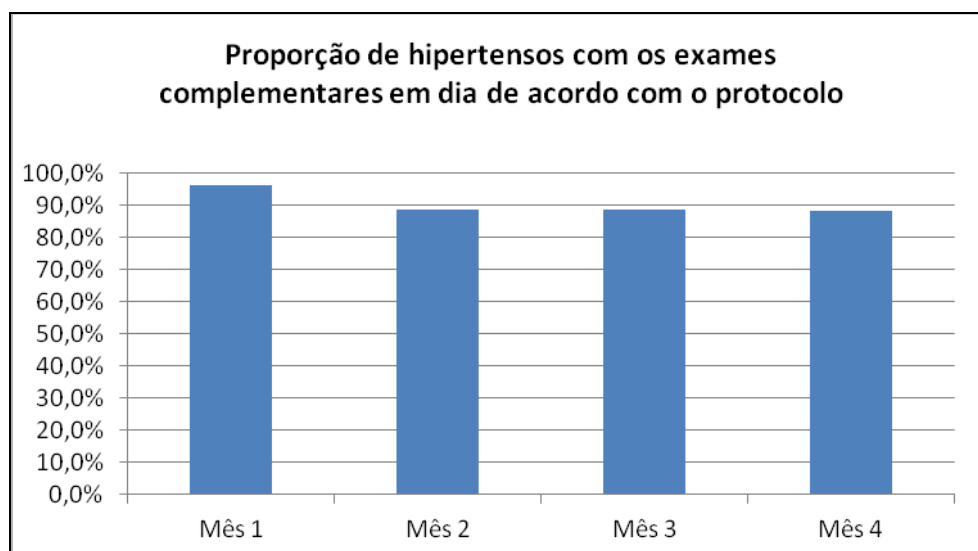


Figura 2.3- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

Esta meta também não pode ser totalmente cumprida devido ao fato da nossa equipe não poder garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos segundo protocolo, pois em nosso município temos muitas dificuldade para fazer os exame o número de fichas para serem realizados no hospital foram insuficientes. Alguns dos hipertensos fizeram os exames em laboratórios particulares, mas muitos não tinham condições econômicas para fazer, então, os exames foram solicitados pela médica para 100 % dos hipertensos que apresentavam atraso em relação a esses exames..Também posso

dizer que muitos hipertensos estavam acamados e com complicações próprias da idade, as quais impossibilitavam a realização dos exames, tendo em conta que o hospital fica a 5 km da área onde moram os hipertensos e para muitos não era possível o deslocamento até o hospital. Além disso, mesmo que o usuário conseguisse realizar os exames, os resultados demoravam muito tempo para serem entregues ao usuário, por vezes até semanas.

Durante o período da intervenção fizemos um controle rigoroso dos exames que estavam pendentes. Fizemos a conferência, semanalmente. Durante os quatro meses tiveram 269 hipertensos que receberam solicitação de exames e obtivemos os resultados, sendo que no decorrer dos meses tivemos 96,6%(113) 88,7%(205), 89,0%(234) e 88,5% (269) hipertensos com exames complementares em dia, segundo o protocolo.

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

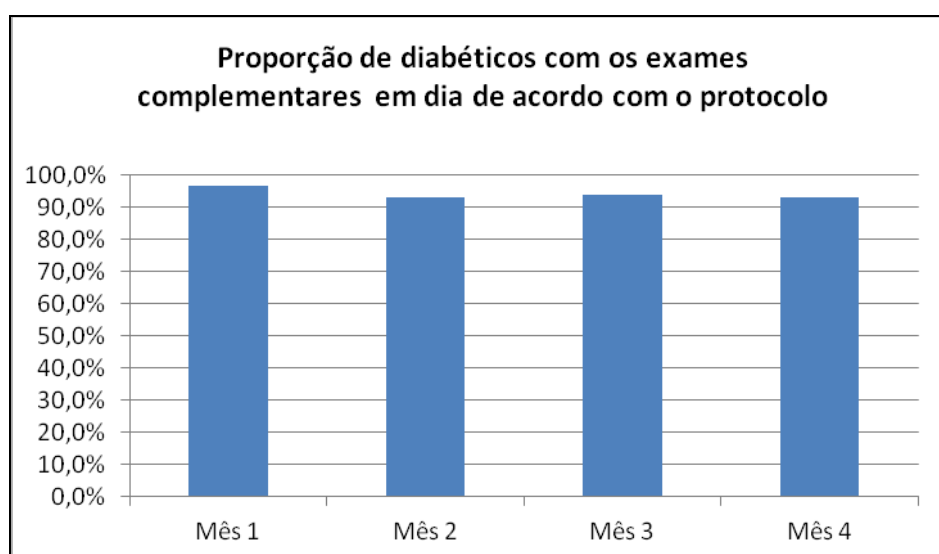


Figura 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

Esta meta também não pode ser cumprida integralmente pela mesma questão levantada na meta anterior. Não conseguimos sensibilizar os gestores para apoiar a realização dos exames complementares de diabéticos. O agendamento para os exames é difícil, porque há um limite de fichas disponibilizadas ao mês, portanto, nem todos conseguem o acesso. Além disso, o hospital onde são realizados é longe e isto também dificulta o acesso aos exames, especialmente aos

portadores de alguma limitação física ou mental. A demora do retorno dos usuários com os resultados dos exames foi outro fator que contribuiu para o não cumprimento integral dessas metas. Alguns usuários conseguiram realizar os exames na rede privada, mas nesse caso o fator limitante para a realização foi a condição econômica do usuário. Assim sendo os exames foram solicitados por mim para todos os usuários que se encontravam com atraso, segundo protocolo, entretanto, durante os quatro meses, tivemos 68 diabéticos que realizaram os exames e retornaram com os resultados. Sucessivamente durante os meses tivemos: 96,7%(29), 93,0%(53), 93,8%(61) e 93,2%(68) diabéticos, com exames complementares em dia, segundo o protocolo, como mostra a figura 6 .

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

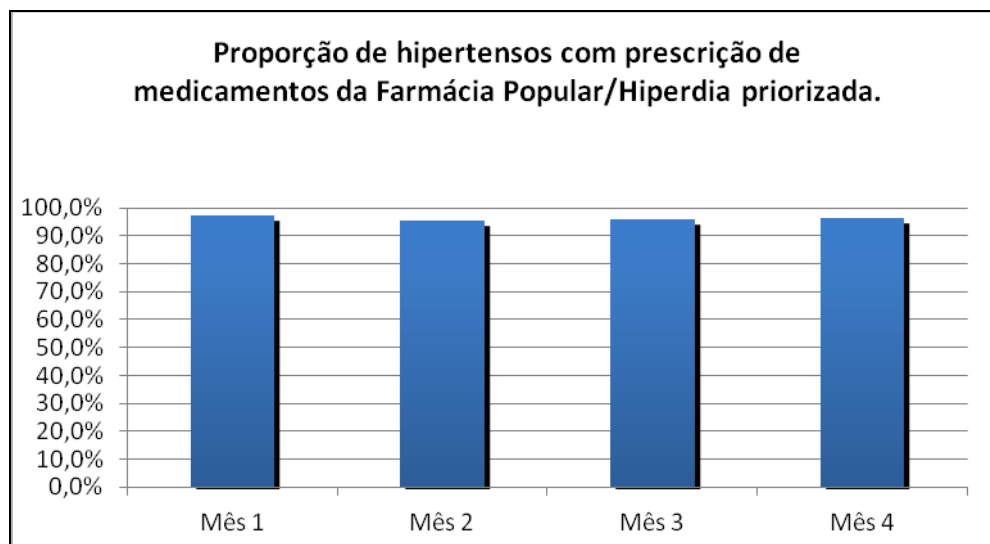


Figura 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

Nos quatro meses tivemos 293 hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, sendo que no decorrer desses meses tivemos sucessivamente 97,4%(114), 95,7%(221) 95,8%(252) e 96,4%(293) hipertensos com prescrição e uso desses medicamentos (Figura 7) que puderam ser adquiridos sem custos.

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

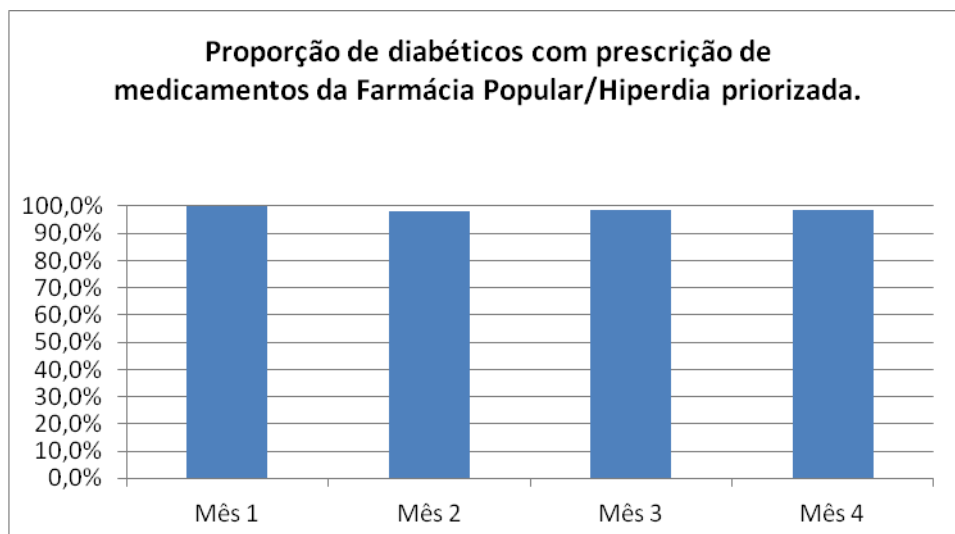


Figura 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados

Tivemos 73 diabéticos, da nossa área de abrangência, que durante as consultas, receberam prescrição dos medicamentos da farmácia popular, e puderam adquiri-los sem custos. Durante os quatro meses tiveram sucessivamente 100,0%(30), 98,2%(57), 98,5%(64) e 98,6%(73) diabéticos com prescrição e uso de medicamentos da farmácia popular.

Meta 2.7: Garantir a 100 % dos hipertensos a realização avaliação da necessidade de acordo com o protocolo.

Meta 2.8: Garantir a 100 % dos diabéticos a realização avaliação da necessidade de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção, 100% (304) usuários hipertensos foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico acordo com o protocolo e foram identificados para que fosse feito o acompanhamento, segundo os critérios disponibilizados nos protocolos, de acordo com o risco apresentado. Em casos em que o hipertenso apresentasse alguma doença, associada, eles foram encaminhados para o dentista. Durante os quatro meses tivemos 100,0% (117), 100,0%(231), 100,0%(263) e 100,0%(304) de hipertensos com avaliação da necessidade de acordo com o protocolo.

Já quanto aos diabéticos durante a intervenção, 100% (73) usuários diabéticos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico de acordo com o protocolo e foram identificados para que fosse feito o acompanhamento, segundo os critérios disponibilizados nos protocolos, de acordo

com o risco apresentado. Em casos em que o diabético apresentasse alguma doença, associada, eles foram encaminhados para o dentista. Durante os quatro meses tivemos 100,0% (30), 100,0%(57), 100,0%(65) e 100,0%(73) de diabéticos com avaliação da necessidade de acordo com o protocolo.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos

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

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

Durante a intervenção, realizamos busca a 27 hipertensos faltosos que estavam com atraso na consulta e alcançamos os seguintes valores respectivamente 100,0%(2) 100,0%(11) 100,0%(14) e 100,0%(27) usuários. Já quanto aos diabéticos houve nove faltosos e no decorrer dos meses buscamos 100,0%(1) 100,0%(5) 100,0%(6) e) 100,0% (9) dos usuários. Estas buscas foram realizadas pelos ACS, mas as vistas domiciliares realizadas pela médica, enfermeira e ACS, também contribuíram.

Objetivo; 4 Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos

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

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

Os hipertensos já possuíam cadastro de acompanhamento, mas não com a qualidade de dados oferecido pela ficha-espelho. Também não havia monitoramento dos dados coletados, ou seja, na ficha estavam presentes o nome do usuário e o medicamento em uso.

Com a intervenção, 100% (304) hipertensos cadastrados pela equipe foram registrados em suas fichas-espelho, com todas as ações e procedimentos a que tiveram acesso. Também monitoramos, durante a intervenção, a manutenção dos registros atualizados, por meio da planilha eletrônica de coleta de dados. Durante os quatro meses sucessivamente, tivemos 100,0%(117) 100,0%(231)100,0%(263) e 100,0% (304) hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Como foi falado anteriormente, todos os usuários tinham ficha de acompanhamento, porém considero que eram incompletas, uma vez que só se tinha registro do nome do usuário e dos medicamentos que faziam uso.

Durante a intervenção 100% (73) diabéticos cadastrados na unidade de saúde foram registrados em suas fichas-espelho com todas as ações e procedimentos a que foram submetidos. Monitoramos, durante a intervenção, a manutenção dos registros atualizados, por meio da planilha eletrônica de coleta de dados. Durante os quatro meses, tivemos sucessivamente 100,0% (30) 100,0%(57) 100,0%(65) e 100,0%(73) diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Durante a intervenção 100% (304) usuários hipertensos realizaram avaliação do risco cardiovascular e dependendo do risco encontrado foi determinado o acompanhamento, de acordo com os protocolos. Para os usuários que apresentaram uma doença cardiovascular associada, houve encaminhamento para o cardiologista. Durante os quatro meses tiveram 100,0% (117) 100,0%(231) 100,0%(263) e 100,0%(304) hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, em dia.

Durante a intervenção 100% (73) usuários diabéticos foram avaliados em seu risco cardiovascular e foram identificados para que fosse feito o acompanhamento, segundo os critérios disponibilizados nos protocolos, de acordo com o risco apresentado. Em casos em que o diabético apresentasse alguma doença cardiovascular associada, eles foram encaminhados para o cardiologista. Durante os quatro meses tivemos 100,0% (30) 100,0%(57) 100,0%(65) e 100,0%(73) diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, em dia.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Durante a intervenção, realizamos orientação nutricional para 100 % (304) hipertensos, nas consultas médicas e nas palestras educativas promovidas pela

equipe na sala de espera da unidade de saúde, nos dias das consultas planejadas para os hipertensos. Durante os quatro meses, tivemos sucessivamente, 100,0%(117) 100,0%(131) 100,0% e 100,0%(304) hipertensos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durante a intervenção realizou-se orientação nutricional para 100% (73) diabéticos cadastrados. Essas orientações ocorreram em todas as consultas médicas e nas palestras educativas realizadas pela equipe na sala de espera da unidade de saúde, nos dias das consultas planejadas para os diabéticos. Durante os quatro meses apresentamos 100,0%(30) 100,0%(57) 100,0%(65) e 100,0%(73) de diabéticos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, respectivamente.

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

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

Durante a intervenção, realizamos as orientações nas consultas e nas palestras educativas realizadas pela equipe nos dias das consultas, destinada aos hipertensos, sobre a importância da prática de atividade física. Durante os quatro meses, tivemos 304 hipertensos que receberam essas orientações, sendo que sucessivamente, durante os meses tivemos 100,0%(117) 100,0%(231) 100,0%(263) e 100,0%(304) hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Para os diabéticos, assim como para os hipertensos, realizamos orientações para a prática regular de exercício físico durante as consultas e nas palestras educativas. Durante os quatro meses tivemos 100%(73) usuários que receberam as orientações e a evolução no decorrer desses meses foi de 100,0%(30), 100,0%(57), 100,0%(65) e 100,0%(73) diabéticos que receberam orientação sobre a prática regular de atividade física.

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

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

Durante a intervenção 100%(304) usuários hipertensos foram orientados nas consultas e nas palestras educativas sobre o risco de tabagismo. Durante os quatro

meses, sucessivamente, tivemos 100,0%(117), 100,0%(231), 100,0%(263) e 100,0%(304) hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a intervenção 73 usuários diabéticos foram orientados nas consultas sobre o risco de tabagismo, além de receberem palestras na sala de espera da unidade da saúde, sobre o tema, antes das consultas planejadas para diabéticos, realizadas pela equipe da unidade de saúde. Durante os quatro meses, sucessivamente tivemos 100,0%(30) 100,0%(57) 100,0%(65) e 100,0%(73) diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

Durante a intervenção, 100% (304) usuários hipertensos foram orientados em todas as consultas sobre a importância da higiene bucal e participaram das palestras sobre os temas que aconteceram na sala de espera da unidade de saúde, antes das consultas planejadas para hipertensos. Nos quatro meses apresentamos as seguintes porcentagens: 100,0%(117) 100,0%(231) 100,0% (263) e 100,0%(304) hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Durante a intervenção, 100%(73) diabéticos, assim como os hipertensos, foram orientados sobre a importância da higiene bucal nas consultas e nas palestras da sala de espera da unidade de saúde. Nos quatro meses tivemos sucessivamente 100,0%(30) 100,0%(57) 100,0% (65) e 100,0%(73) diabéticos que receberam estas orientações.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde nos permitiu a ampliação da cobertura da atenção para os hipertensos e para os diabéticos. Propiciou-nos também, melhorar a qualidade da atenção ofertada a hipertensos e diabéticos, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos. Além disso, com a intervenção, tivemos maior facilidade para fazer a classificação de risco de ambos os grupos, tanto hipertensos como diabéticos, a melhoria dos registros, a melhoria na adesão de hipertensos e diabéticos, assim como a promoção à saúde dessa população.

A intervenção para equipe foi uma experiência maravilhosa, porque ficamos mais unidos, mais fortalecidos e esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem e ACS.

Foi necessário, para que pudéssemos desenvolver uma intervenção com bases sólidas, que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, relativas ao rastreamento, diagnóstico e monitoramento da diabetes e da hipertensão. Isto permitiu que cada integrante da equipe adquirisse os conhecimentos necessários para saber o que fazer quando na ocorrência de algum problema com os usuários envolvidos na intervenção, tanto na UBS, como nas visitas domiciliares. Dessa forma, muitos problemas foram resolvidos, sem que fosse necessária a presença da médica. Algumas das vezes, os problemas foram solucionados pela enfermeira, pela técnica de enfermagem ou pelos próprios agentes comunitários de saúde. Em outros casos, quando necessário, foi feita a avaliação médico e este trabalho, em conjunto com a equipe, facilitou a obtenção das melhorias na atenção de cada usuário. Conseguimos fazer com que o atendimento fosse feito de forma integral e que os usuários ficassem contentes com a qualidade da atenção ofertada pela equipe.

Com a intervenção o trabalho da técnica de enfermagem e da equipe em geral, ficou mais organizado. Os prontuários e os registros também ficaram mais organizados, devido à implantação do arquivo específico para os portadores de HAS e DM, organizados com base nas microáreas dos ACS, o que facilitou bastante, a localização das fichas-espelho.

Houve uma melhoria no acolhimento dos portadores de HAS e DM e todo usuário que fazia parte dessa população que chegou a nossa UBS, foi acolhido e escutado adequadamente, mesmo que ele frequentasse a unidade de saúde apenas para trocar receita. Este acolhimento foi feito pela técnica de enfermagem ou por qualquer outro integrante da equipe.

A intervenção propiciou também que todos os integrantes da equipe fossem capacitados para abordar os usuários, orientando-lhes sobre a importância de fazer modificações nos estilos de vida, sobre a necessidade de realização de exames complementares, sobre o direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos na Farmácia Popular para hipertensão e diabetes, sobre a importância de frequentar a consulta. A busca ativa dos faltosos foi realizada pelos ACS, com muito sucesso, uma vez que visitaram as residências dos faltosos e os convenceram de voltar a frequentar a unidade de saúde, explicando-lhes que já não seria necessário madrugar para pegar ficha de atendimento, pois seriam priorizados. Falaram ainda sobre a reserva de vaga diária.

Com a intervenção, houve a melhora da comunicação e o fortalecimento do binômio médico-enfermeira, que possibilitou a obtenção de resultados satisfatórios.

Todos os profissionais da equipe envolveram-se mais e tivemos um aumento na responsabilidade dos usuários hipertensos e diabéticos.

Para mim, como Médico, nossa intervenção foi uma experiência única e inesquecível, pois me permitiu realizar atendimentos clínicos com muita qualidade e de forma integral aos portadores de HAS e de DM. Chegar a cada um deles quer seja na UBS, ou nas visitas domiciliares, ouvir seus problemas físicos, psicológicos ou de outras origens, trocar experiências e conhecimentos com todos os usuários, propiciou-me aprender sobre a cultura e costumes do povo brasileiro. Facilitou-me também, propor as mudanças nos estilos de vida da população, por formas de vidas mais saudáveis, por meio de palestras educativas.

A intervenção proporcionou-me fazer visitas domiciliares à acamados hipertensos e diabéticos que não tinham como chegar a nossa UBS.

Tenho certeza que com a intervenção realizada em nossa UBS obtivemos uma melhoria significativa na atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. No que diz respeito a mim, com a intervenção pude superar-me profissionalmente a cada dia e das vivências, recebi a colaboração para que hoje eu seja uma melhor pessoa, que cada dia ame mais a minha profissão e os usuários, que são a razão do nosso trabalho.

Foi necessário, para que pudéssemos desenvolver uma intervenção com bases sólidas, que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, relativas ao rastreamento, diagnóstico monitoramento da diabetes e da hipertensão.

Todos os profissionais da equipe envolveram-se mais e tivemos um aumento na responsabilidade com os usuários hipertensos e diabéticos.

Antes da intervenção tínhamos fichas de acompanhamento preenchidas pelos próprios ACS, muitas delas incompletas. Com a intervenção cada usuário, seja hipertenso ou diabético, passou a dispor de uma ficha-espelho, preenchida pela médica com todos os dados, o que nos permitiu uma atualização qualitativa constante dos registros.

Como falei anteriormente, o acolhimento na nossa unidade de saúde também foi melhorado. Todo o portador de HAS e DM que foi avaliado como de alto

risco, teve seu atendimento priorizado sendo que, foram reservadas cinco vagas, diariamente na agenda, para estes casos, ou para outros que necessitassem.

Como as consultas foram previamente agendadas, houve uma diminuição do problema da falta de fichas de atendimento (redução da demanda espontânea), o que propiciou a otimização do processo de trabalho. Incrementamos o horário dos atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos e passamos atendê-los às terça-feira, no período da manhã e tarde, além das 5 vagas disponibilizadas, diariamente. Antes da intervenção só tínhamos 06 fichas às quintas-feiras no período da tarde para atender todos os hipertensos e diabéticos da UBS.

A nova estratégia, em relação à ampliação do horário, possibilitou a diminuição das críticas feitas pelos usuários, que eram muitas. Por vezes, antes da intervenção, eles chegavam à UBS e não tínhamos mais fichas de atendimento. Para ter certeza do atendimento, era necessário chegar de madrugada na unidade de saúde. Após a intervenção, isso foi solucionado e a população ficou muito contente.

Outras das vantagens da intervenção para o serviço foi a busca ativa dos faltosos às consultas e neste caso, os ACS tiveram um trabalho de destaque, porque foram recuperados 100% dos faltosos.

A classificação do risco dos portadores de HAS e DM também estão sendo crucial para apoiar a priorização desse grupo da população.

Foram muitas conquistas obtidas pela equipe com a intervenção no serviço e a unidade de saúde teve o reconhecimento quanto à qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Com a intervenção, conseguimos organizar melhor nosso trabalho, pois foi necessária uma atualização constante e quantitativa dos registros, facilitou-se a melhoria no acolhimento, a priorização do atendimento e busca ativa dos faltosos, propiciou a otimização do processo de trabalho pois com as consultas previamente agendadas diminuiu-se o problema da falta de fichas de atendimento (redução da demanda espontânea) e além disso, a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucias para apoiar a priorização de atendimento dos mesmos.

Para a comunidade a intervenção foi de muita importância pois nos permitiu a melhoria no acolhimento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, facilitou- a realização de atividades em grupos, como as palestras educativas, nas quais foram desenvolvidas atividades de promoção, prevenção de saúde, com a

intervenção melhoramos os atendimentos a hipertensos e diabéticos, assim como a busca ativa dos faltosos; maior contato com o paciente, facilitou com as consultas previamente agendadas diminuiu-se o problema da falta de fichas de atendimento (redução da demanda espontânea). Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

Nossa intervenção já está sendo incorporada na rotina do serviço para isto vamos ampliar o processo de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos em especial os de alto risco, pretendemos ampliar o cadastro de hipertensos e diabéticos até alcançar a meta de um 100% dos usuários que temos que ter cadastrados segundo Vigitel, vamos melhorar o processo de realização de exames aos hipertensos e diabéticos, para isso pretendemos priorizar as vagas que são ofertas pela secretaria municipal de saúde para os usuários hipertensos e diabéticos. Também pretendo incrementar a participação no NASF na avaliação e atenção dos hipertensos e diabéticos.

Nossa equipe depois que finalizou as 16 semanas de intervenção, continuou realizando o mesmo trabalho com os hipertensos e diabéticos, cadastrando os casos novos, fazendo preenchimento da ficha de espelho, realizando atendimentos clínicos com muita qualidade, fazendo palestras educativas onde os principais temas continuam sendo promoção de saúde, portanto, nossos próximos passos são continuar aperfeiçoando nosso trabalho, ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, entre outros. Tomando este projeto como exemplo também pretendemos implementar o programa de Pré natal e puerpério e idosos, em nossa UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estimado gestor

O presente relatório visa relatar as melhorias na qualidade da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabético na UBS " Dr. Jose Candido do município Batalha/PI. A equipe de saúde trabalhou em conjunto na intervenção em nossa população por um período de 16 semanas, no período de 01 de janeiro e finalizada no dia 28 de maio do ano 2015, na qual foram cadastrados e acompanhados os usuários maiores de 20 ou mais anos com hipertensão e/ou diabetes.

A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão. A mesma estava prevista para ser realizado num período de 04 meses (16 semanas).

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da Unidade Básica de Saúde tanto com relação à estrutura física como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS. Após essa análise foi decidido em equipe que realizaríamos uma Intervenção para a qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da população da área de abrangência da equipe de saúde. Depois da análise, foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado no protocolo aos hipertensos e/ou diabéticos, o Caderno na Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde nº 37 e 36 respectivamente do Ministério da Saúde publicados em 2013.

Após essa análise decidimos ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos, melhorar a adesão e a qualidade do atendimento a esses usuários em

nossa UBS, com melhoria nos registros das informações, do mapeamento dos hipertensos e/ou diabéticos para doenças cardiovasculares, da promoção da saúde dos usuários cadastrados no programa.

A população vinculada à equipe de saúde é de 3474 habitantes residentes na área de abrangência da UBS. De acordo com esta população vinculada à equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas, a estimativa para a população com 20 anos ou mais era de 2505 pessoas. Assim, tínhamos na área uma estimativa de 569 hipertensos com 20 anos ou mais e 140 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Antes da intervenção os registros específicos dos usuários com hipertensão e diabetes eram incompletos e desatualizados. A maioria da população desconhecia o programa de atenção aos portadores destas doenças, relatava dificuldades em conseguir consultas periódicas e realizar exames complementares em dia de acordo com o preconizado pelo MS.

Com a intervenção pudemos aumentar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados para 53.4%(304) hipertensos e 52.1%(73) dos diabéticos, alcançando a meta do indicador de cobertura proposta, melhoramos os indicadores de qualidade, além de incluir também cuidados aos familiares das pessoas acompanhadas. Atendendo ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa conseguimos realizar a busca ativa de todos os usuários que faltaram as consultas agendadas.

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

realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Realizamos varias ações de promoção em saúde com atividades de promoção e educação em saúde na UBS e nas comunidades. Os atendimentos também foram realizados, os usuários cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Tivemos dificuldades ao iniciar a intervenção, pois a equipe de saúde estava incompleta e a organização e preenchimento dos registros das informações eram ruins, assim como não havia o glicômetro na UBS e a demora da realização dos exames complementares pelos usuários. Quando concluímos a intervenção, foi possível apresentar estes problemas aos gestores, que foram solucionados, paulatinamente. Nossa equipe de trabalho foi completada recentemente pela direção da Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde, o que possibilitou melhorar o acolhimento das pessoas e o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde.

Como fatores limitantes para realizar o correto desenvolvimento do trabalho proposto, apresentamos inconformidade com o custo dos exames complementares, lembrando que se trata de comunidades carentes. Outro limitante é a estrutura muito pequena da UBS. Se forem melhorados esses aspectos, nosso serviço ganhará em qualificação da prática clínica, melhora do acolhimento e maior conforto e privacidade de toda a população que nos procura na UBS.

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

Podemos destacar que nesta ação programática esta incluída dentro da rotina de trabalho de nossa UBS. Agradecemos aos membros da equipe pelo interesse demonstrado para o desenvolvimento da atividade e aos integrantes da equipe do NASF que também melhoraram a qualidade das atividades desenvolvidas na UBS e nas comunidades de nossa área ajudando a adesão do grupo alvo ao programa priorizado pelo SUS. Agradecemos também à gestão pelo apoio que nos foi dado e por acreditar que seria possível fazer desenvolver este trabalho para melhoria da atenção prestada na nossa UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

É um grande prazer estar aqui hoje, com vocês, para falar a respeito de uma intervenção que tivemos aqui na nossa unidade de saúde, como muitos de vocês devem saber. O presente relatório tem como finalidade descrever para a população vinculada a Unidade Básica de Saúde Dr. Jose Candido do município Batalha/PI, sobre a intervenção que foi realizada no período de 01 de janeiro e finalizada no dia 28 de maio do ano 2015, e teve duração de 4 meses (16 semanas), a equipe trabalhou para a melhoria da qualidade da Atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, incluindo saúde bucal e vocês foram protagonistas dessa intervenção. A importância do trabalho da intervenção é que, com a melhora na qualidade na atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, conseguiremos reduzir complicações cardiovasculares e neurológicas, como infarto do miocárdio e os acidentes cerebrais vasculares.

Apesar de ter sido feita nessas dezesseis semanas, o planejamento da intervenção aconteceu muito antes, com a Análise da Situação da estrutura, organização e processo de trabalho na UBS, onde pudemos ter uma visão profunda da qualidade da assistência à saúde oferecida na unidade. Com base nisso, decidimos então que a ação programática que merecia mais atenção nesse momento era a atenção aos hipertensos e diabéticos. Para a intervenção, seguimos um roteiro guiado pelo Projeto de Intervenção que foi construído e discutido com a equipe a partir dos protocolos do MS.

Muitos de vocês chegavam ao nosso serviço de saúde em busca de atendimento e nem sempre conseguiam, porque não tínhamos fichas disponíveis para todos.

A partir do início da intervenção, passamos a nos dedicar para modificar essa situação. Estudamos bastante, nos preparamos e achamos que tínhamos que começar o quanto antes, porque a hipertensão e o diabetes são doenças que podem

trazer prejuízos muito grandes para seu portador, se não for conhecida e tratada precocemente.

Todos os cadastrados no programa passaram a ter um melhor acolhimento, um atendimento de qualidade, com exame físico, avaliação nutricional, pedido de exame de sangue para identificar a gravidade das suas doenças e identificar até outras doenças associadas. Todos receberam receitas de remédios da Farmácia Popular. Os usuários que estavam com atraso nas consultas foram avisados e buscados em suas casas e podiam escolher o horário que queriam ser atendidos.

Tivemos muitas palestras na nossa sala de espera e na comunidade e a maioria de vocês pode conhecer um pouco mais sobre essas doenças, suas características, os riscos e o que fazer para evitá-las. Conheceram também sobre os exames de sangue, quando e onde fazer, a possibilidade de adquirir os medicamentos da Farmácia Popular gratuitamente. Vocês receberam ainda orientações sobre a importância da alimentação saudável, a prática regular de exercícios físicos, os cuidados com a higiene bucal e conhecimentos sobre os riscos do tabaco para quem tem pressão alta e diabetes.

Fizemos muitas visitas às casas dos idosos ou de quem não conseguia vir à unidade de saúde, para cuidar da pressão alta e do diabetes.

A equipe toda se dedicou bastante, tentando fazer tudo que estava ao nosso alcance, mas tivemos dificuldades com o acesso de vocês na unidade provisória, que era mais longe, com os exames de laboratório, porque no período da intervenção nem todos conseguiram fazer esses exames e para os que fizeram, nem sempre pudemos analisar os resultados, por causa da demora do laboratório. Tivemos dificuldades também como a falta de medicamentos aqui na unidade, a falta de fichas para registro dos portadores de pressão alta e diabetes.

Acreditamos que seja importante falar com vocês sobre as dificuldades, porque poderão colaborar, nos ajudando a convencer os gestores sobre a importância de cada um desses itens.

Apesar das dificuldades apresentadas, a intervenção foi feita com muita qualidade, amor e dedicação, os objetivos propostos foram cumpridos e vocês estão podendo sentir isso. Muito obrigada a cada um de vocês que nos inspirou e permitiu fazer o nosso trabalho da melhor maneira possível, cumprindo com os nossos ideais enquanto profissionais responsáveis pela sua saúde!

Conseguimos, ao final da intervenção cadastrar 100% (3474) usuários deles hipertensos 53,4%(304) e/ou diabéticos 52,1% (73) . Ainda, a intervenção propiciou melhorias para o serviço, principalmente na qualificação do atendimento, onde 100% dos hipertensos e diabéticos foram avaliados no atendimento clínico, exames complementares realizados, avaliação e estratificação do risco cardiovascular, tiveram registros adequados na ficha de acompanhamento, avaliação das necessidades odontológicas e ações de promoção e educação de saúde.

Entre as ações do engajamento público que foram realizadas podemos citar a informação da comunidade sobre a existência do programa de atenção à HAS e DM da unidade de saúde e a importância de medir a pressão arterial a partir de 15 anos, pelo menos, anualmente; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg; sobre os riscos de doenças cardiovasculares e a importância de realizar o exame físico completo; sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; sobre a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular; sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal; dentre outros.

Pretendemos dar continuidade em tudo porque percebemos o quanto foram importantes para a população e para a nossa equipe essas mudanças, entretanto, precisamos que a gestão também reconheça e apoie o nosso trabalho.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando cheguei ao Brasil não tinha experiência sobre esta modalidade de ensino e aprendizagem a distância. Inicialmente, foi um pouco difícil compreender o Projeto Pedagógico do curso, mas com o decorrer dos dias, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem, comecei a participar dos fóruns, a interagir com alguns colegas, a aprender conteúdos e a entender o projeto pedagógico do curso. Aos poucos fui ficando ainda mais familiarizado com o curso com a ajuda de minha orientadora que, com profissionalismo, realizava correções e orientações sempre que eu tivesse dificuldades, para assim poder continuar com o desenvolvimento da especialização.

Durante o curso pude adquirir diversos aprendizados. A interação com a orientadora e com os colegas nos fóruns clínicos e, sobretudo, a realização dos estudos de prática clínica e casos clínicos interativos que estimularam o raciocínio clínico e o manejo adequado dos problemas de saúde possibilitaram ampliar e aprofundar o conhecimento à temas relacionados com a APS. Todos esses espaços e ferramentas do curso contribuíram na qualificação da prática clínica, para poder realizar diagnóstico integral e tratamento adequado sobre uma base epidemiológico-científica. Ainda, os fóruns de saúde coletiva permitiu um espaço onde pudemos escrever sobre a nossa realidade em cada área e sobre os avanços e dificuldades encontradas no processo de forma a trocar experiência com os colegas e orientadores, ampliando o conhecimento das políticas em saúde no Brasil. Além disso, compartilhei o aprendido com a equipe multidisciplinar da UBS que trabalho, trouxe para os fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes e compartilhei experiências que ajudaram na realização da intervenção.

Eu aprendi muito com o ensino a distância, pois permitiram me revisar os protocolos de atuação disponibilizados por o curso e criados por o Ministério da

Saúde, os quais considero de vital importância para nosso trabalho no Brasil, se temos em conta que a pesar que as doenças são muito similares a Cuba, os protocolos são diferentes.

Considero que o curso foi muito importante para meu desenvolvimento tanto pessoal, como profissional, pois além de reforçar meus conhecimentos sobre hipertensão e diabetes, ajudou-me a conhecer a importância do trabalho em grupo para o adequado funcionamento da estratégia de saúde da família durante a intervenção.

Sobre a intervenção que realizamos no curso, desde o início achei que sua realização na UBS seria difícil diante das dificuldades apresentadas na UBS em relação aos recursos não disponibilizados e condições físicas estruturais da unidade. Ao longo do período de intervenção fui me surpreendendo ao superar e transpor os obstáculos que foram surgindo, com apoio da equipe, gestão e comunidade. No decorrer da intervenção, notei que tanto a equipe de saúde como os usuários iam se envolvendo cada vez mais com o trabalho e eu ficava cada dia mais motivado. E ao fim, com tantos resultados positivos alcançados, considero satisfatória a realização da nossa intervenção, cumprindo os objetivos e metas propostas.

Com a intervenção, aprendi que o planejamento e avaliação das ações em saúde permite melhor aproveitamento de nosso tempo e dos nossos recursos, programar as estratégias, torna possível identificar os problemas e as prioridades de intervenção e alcançar os objetivos e metas planejadas. Ainda, aprendi que uma adequada organização do processo de trabalho da equipe é importante para proporcionar atendimentos e acompanhamentos de qualidade a todos nossos usuários. Hoje fico feliz em dizer que a intervenção está incluída na rotina de trabalho no serviço que favorece o acolhimento e qualidade na atenção à saúde dos usuários que assistem a nossa UBS.

Outra aprendizagem relevante importante durante a intervenção foram os encontros com a comunidade, onde eles tiravam todas as dúvidas, e nós conseguíamos passar informações a eles aumentando os conhecimentos de promoção e educação em saúde, criando assim um vínculo entre profissional e os usuários da intervenção.

Portanto, para a minha prática profissional, o curso de especialização em saúde da família da UFPEL significou a possibilidade de adquirir novos conhecimentos a cerca da ESF e a oportunidade de mudança no meu processo de

trabalho e dos membros da equipe da UBS, contribuindo para a melhora da atenção e qualidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na intervenção, através do conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Também para o resto da população atendida na UBS, facilitou as ferramentas necessárias para identificar os principais problemas de saúde que afetam a população, assim como atualizar meus conhecimentos clínicos e práticos sobre a atenção básica no Brasil.

Em resumo posso dizer que o curso Especialização em Saúde da Família foi uma experiência única, maravilhosa e inesquecível o curso ajudou-me a superar-me profissionalmente e converter-me em uma pessoa melhor, agradeço muito e reconheço o trabalho de todos os que fizeram possível o desenvolvimento do mesmo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

MORITZ B.; MANOSSO L. Nutrição Clínica Funcional - Neurologia. 1ª edição. São Paulo: VP Editora, 2013. 240 p. STEFFENHAGEN, M. K. Manual da Coluna, 22ª edição. Curitiba: Cócegas, 2011. 156 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Revista Hipertensão, v. 13, n. 1, jan./mar. 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
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																
Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está como exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Família? Podem?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está aliado às consultas de acordo com o protocolo?	Focalizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A realização de exames de risco para doenças cardiovasculares por exame clínico está dificultada?	O paciente recebeu orientação nacional sobre a prevenção da atividade sexual?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	Nome	Em anos	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																

← → Apresentação | Orientações | Dados da UBS | **Mês 1** | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | + ⊖

INDICADORES

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Cobertura de programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	20,6%	40,6%	45,2%	53,4%
Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304
Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	563	563	563	563



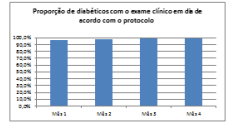
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Cobertura de programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	21,4%	40,7%	46,4%	52,1%
Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73
Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	140	140	140	140



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	86,3%	93,1%	93,2%	89,3%
Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	115	229	261	302
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	36,7%	88,2%	80,1%	96,6%
Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	23	56	64	72
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



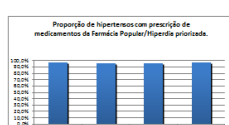
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	36,6%	90,7%	89,0%	88,5%
Numerador: Número de hipertensos com exames complementares realizados em dia	113	205	234	269
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



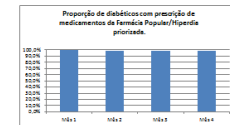
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	36,7%	93,0%	93,0%	93,0%
Numerador: Número de diabéticos com exames complementares realizados em dia	23	53	61	68
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



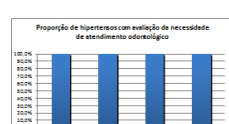
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular/Ifiprevida	97,4%	95,7%	95,0%	96,4%
Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular/Ifiprevida	114	221	252	293
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



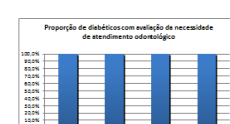
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular/Ifiprevida	100,0%	98,2%	98,5%	98,6%
Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular/Ifiprevida	30	56	64	72
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



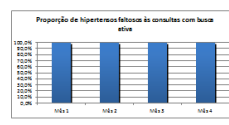
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	117	231	263	304
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



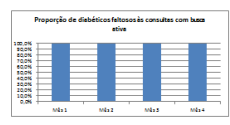
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	30	57	65	73
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos falhos às consultas com base atira	2	11	14	27
Numerador: Número de hipertensos falhos às consultas com base atira	2	11	14	27
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que falham às consultas	2	11	14	27



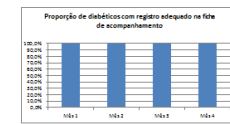
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos falhos às consultas com base atira	1	5	6	9
Numerador: Número de diabéticos falhos às consultas com base atira	1	5	6	9
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que falham às consultas	1	5	6	9



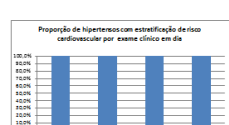
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	117	231	263	304
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



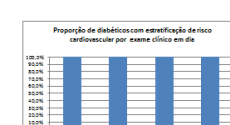
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	30	57	65	73
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



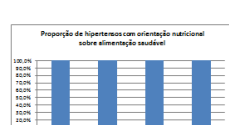
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	117	231	263	304
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



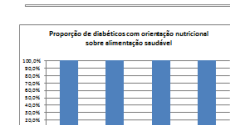
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	30	57	65	73
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



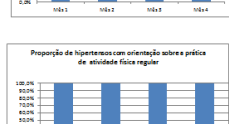
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	117	231	263	304
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



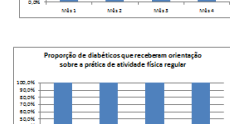
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	30	57	65	73
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



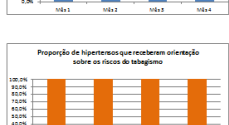
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos com orientação sobre práticas de atividade física regular	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre práticas de atividade física regular	117	231	263	304
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



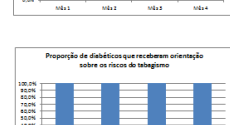
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos com orientação sobre práticas de atividade física regular	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre práticas de atividade física regular	30	57	65	73
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	117	231	263	304
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	30	57	65	73
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	117	231	263	304
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	117	231	263	304



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	30	57	65	73
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	30	57	65	73



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