

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção á Saúde aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e Diabetes Mellitus, na UBS Canudos do vale, Canudos do Vale/RS**

Yoemir Rodríguez Almeida

Pelotas, 2015

Yoemir Rodríguez Almeida

Melhoria da Atenção à Saúde aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na UBS Canudos do vale, Canudos do Vale/RS

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

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2015

A447m Almeida, Yoemir Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na UBS Canudos do Vale, Canudos do Vale/RS / Yoemir Rodriguez Almeida; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

78 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. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Agradecimentos

À enfermeira Marissa Barcella que me deu todo seu apoio.

Ao secretario de saúde do município, Paulo Cesar Bergmann, por sua ajuda sempre oportuna.

A toda a equipe da UBS de Canudos do Vale pela sua importante colaboração. Obrigado!

A minha orientadora Daniela Nunes Cruz por seu esforço na ajuda deste projeto.

Resumo

ALMEIDA, Yoemir R. **Melhoria da Atenção à Saúde aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na UBS Canudos do vale, Canudos do Vale/RS.** 2015. 75fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, tornando-se um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Foi realizada uma intervenção na UBS Canudos do Vale, cujo objetivo geral foi melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS Canudos do Vale, Canudos do vale/RS, assim como, melhorar diversos indicadores de saúde visando o controle adequado nos usuários hipertensos e diabéticos, devido à alta incidência e prevalência destas doenças na população, fundamentalmente pela adoção de estilos de vida pouco saudáveis. A intervenção foi desenvolvida na área do município em um período de três meses com uma população alvo de 1845 habitantes, onde se realizou o registro dos usuários nos prontuários clínicos e as fichas espelhos e logo foi preenchida a informação numa planilha de coleta de dados. Ao final da intervenção foram cadastrados 176 usuários com HAS o que representa 62,6%. realizamos exames clínico ao dia de acordo ao protocolo para 161 (91,5%) hipertensos, exame complementares ao dia segundo os protocolos para 163 hipertensos (92,6%), prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia para 173 (98,3%) e 158 hipertensos (89,8%) realizaram avaliação odontológica. Em quanto aos usuários com DM foram cadastrados 39 pacientes tem tido o que representa 56,5%e de cobertura, 37 usuários realizaram o exame clínico de acordo ao protocolo (94,9%), 38 realizaram os exames complementares de acordo ao protocolo (97,4%), 39 (100%) receberam prescrição de medicação da farmácia popular /hiperdia, e 38 usuários (97,4%) realizaram avaliação de necessidade de atendimento odontológico. É importante ressaltar que todos os usuários com HAS e/ou DM receberam orientações sobre alimentação saudável, assim como a prática

de exercício físico, sobre os riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal. Com a intervenção ampliamos da cobertura da atenção qualificada aos hipertensos e diabéticos da comunidade, assim como a melhoria dos registros. A equipe ficou mais preparada para dar resposta a todas as necessidades da população alvo.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; atenção qualificada; hipertensos; diabéticos

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS	51
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS	52
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo ao protocolo	53
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo ao protocolo	53
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo	54
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo	55
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia	56
Figura 8	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	57
Figura 9	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	58
Figura 10	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	59
Figura 11	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	60
Figura 12	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro Especializado em Odontologia
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	45
2.3.4 Cronograma.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	50
4 Avaliação da intervenção.....	51
4.1 Resultados.....	51
4.2 Discussão	63
5 Relatório da intervenção para gestores	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	67
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	69
Referências	70
Apêndices.....	71
Anexos	73

Apresentação

O presente trabalho tem como objetivo descrever a Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Canudos do Vale, localizada no município de Canudos do Vale, RS.

O primeiro capítulo deste volume consta da Análise Situacional, que descreve a situação de saúde do município e da Unidade de saúde Canudos do Vale, as principais facilidades e dificuldades que estão relacionadas ao processo de trabalho na UBS.

No segundo capítulo apresentamos a Análise Estratégica, que esta relacionado a organização do projeto de intervenção voltado para a melhoria da atenção a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Neste projeto consta os objetivos, as metas, ações, indicadores, logística e cronograma das ações.

No terceiro capítulo consta o Relatório da Intervenção que apresenta os principais aspectos da implantação das ações propostas, o que foi realizado integralmente e/ou parcialmente durante a intervenção.

No quarto capítulo apresentaremos os Resultados da Intervenção através de uma análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos e a discussão desses resultados para a equipe, o serviço de saúde e comunidade.

No quinto capítulo consta o relatório da intervenção para os gestores.

No sexto capítulo consta o relatório da intervenção para a comunidade.

O sétimo capítulo consta uma reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem, a partir das minhas expectativas iniciais e vivenciadas ao longo do curso.

Ao final do volume encontram-se as seções de anexos e referências bibliográficas.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho no município Canudos do Vale que está localizado na região da encosta inferior do nordeste do Rio Grande do Sul, região do Vale do Taquari, distante 156 quilômetros de Porto Alegre. É uma região rural que tem uma população de aproximadamente 1845 habitantes onde o trabalho que se desempenha fundamentalmente é a agrícola.

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada na zona norte do município de Canudos do Vale e faz a cobertura de saúde de toda a população do município. Funciona das 8h as 17h. Está muito bem organizada, oferecendo serviços de enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia, odontologia, pediatria e medicina, além disso, tem uma academia onde ensina as pessoas a fazerem exercícios físico.

Os atendimentos são por consultas agendadas, consultas de seguimentos e consultas de demanda espontânea. As pessoas chegam na Unidade de saúde onde tem um acolhimento e são orientados sobre os processos de saúde-doença, posteriormente, passam pela sala da técnica de enfermagem onde se afere a pressão arterial, mede a temperatura e a altura e faz a pesagem, para enfim ser atendido pelo médico. Não temos hospitais perto e, por ser a única instituição de saúde no município, o atendimento também é coordenado com outros municípios vizinhos que dispõe de uma atenção a saúde mais completa. Geralmente os usuários são encaminhados para o atendimento em Pronto Socorro em Lajeado ou em outros municípios para fazer procedimentos especializados, assim como, para consultas com os diferentes especialistas e para fazer os diferentes exames complementares.

Os atendimentos nos locais mais distantes do município são prioridades para nós. Dispomos de um Mini posto de saúde localizado em uma das

comunidades maiores do município onde o atendimento tem a mesma qualidade que o posto central. São realizadas consultas agendadas e fazemos consultas uma vez por semana. Nossa população é potencialmente idosa e geralmente não tem a facilidade de se deslocar até a Unidade de saúde. Nesse sentido, temos como estratégia principal levar saúde até suas casas fazendo visitas programadas fundamentalmente às pessoas que não podem se deslocar até o posto, por exemplo: gestantes, lactantes, deficientes físico e pessoas com alguma doença crônica. A população tem muita afinidade com o nosso posto e geralmente fica contente pelo atendimento que ofertamos.

Em nosso posto de saúde temos reunião de equipe todas as sextas-feiras em conjunto também com nossos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) onde discutimos os temas mais importantes da semana e tratamos de procurar uma solução rápida para os problemas encontrados. O problema fundamental são as doenças mentais ligados a alto índice de consumo de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Eu trabalho no município Canudos do Vale que está localizado na região da encosta inferior do nordeste do Rio Grande do Sul, região do Vale do Taquari, distante 156Km de Porto Alegre. O município tem uma população de 1.845 habitantes dos quais 961 são do sexo feminino e 887 são masculinos. Identificou-se que 30% têm mais de 60 anos, tratando-se de uma população envelhecida, onde o trabalho que se desempenha fundamentalmente é a agrícola.

No município não conta com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) nem dispõe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), mas temos um grande vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Até agora não tem vinculação com entidades de ensino de nenhum tipo e contamos com um modelo de atenção misto.

Contamos com uma UBS com ESF, localizada na zona norte deste município e tem uma cobertura de saúde de toda a população, cumprindo o horário de atendimento das 8h até as 17h. O serviço da UBS está muito bem organizado, no qual oferece serviços de enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia, odontologia,

pediatria e medicina. Além disso, tem uma academia onde se motiva as pessoas a fazerem exercícios físicos.

Os atendimentos são por consultas agendadas, consultas de seguimento e consultas que chegam ao serviço por demanda espontânea. As pessoas chegam a Unidade de saúde onde tem um acolhimento e são orientados sobre os processos de saúde-doença. Em seguida passam pela sala da técnica de enfermagem onde se afere a pressão arterial, mede a temperatura e a altura. Posteriormente, aguardam para serem chamados pelo médico. Não tem hospitais por perto e, por ser a única instituição de saúde no município, o atendimento também é coordenado com outros municípios vizinhos onde se conta com mais completa atenção da saúde. Geralmente os pacientes são encaminhados para o atendimento em Pronto Socorro em Lajeado ou em outros municípios para fazer procedimentos especializados, assim como, para consultas com os diferentes especialistas e para fazer os diferentes exames complementares.

O atendimento nas localidades mais longe do município também é uma prioridade para nós, porque temos um Mini Posto de Saúde localizado em uma das comunidades maiores do município onde o atendimento tem a mesma qualidade que o posto central. Oferecemos consultas agendadas que são realizadas uma vez por semana. O atendimento é uma prioridade para nossa Unidade de saúde, nossa população é potencialmente idosa e geralmente não tem a facilidade de chegar ao posto, por isso o que nós temos como estratégia principal levar a saúde até suas casas fazendo visitas programadas, fundamentalmente, às pessoas que não podem chegar até a Unidade de saúde, por exemplo: gestantes, lactantes, pessoas com deficiência e com doenças crônicas. A população tem muita afinidade com nossa Unidade de saúde e geralmente fica contente pelo atendimento que nos oferecemos.

Na Unidade de saúde temos reunião de equipe todas às sextas-feiras em conjunto também com nossos ACS onde discutimos os temas mais importantes da semana e se planejamos uma solução rápida aos problemas encontrados. O problema fundamental são as doenças mentais ligados ao alto índice de consumo de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.

Na unidade de saúde temos algumas limitações, além de ser um prédio que foi construído distante do centro do município, possui uma população fundamentalmente idosa, seu acesso pela calçada possui um certo grau de dificuldade para entrar na UBS, necessitando, desta forma, de rampa para seu

acesso. O piso da UBS é liso em toda sua extensão e necessita de corrimão nos corredores, não dispomos de nenhum item de sinalização visual nem auditiva.

Contamos com sala de recepção que tem boas características permitindo uma boa circulação dos usuários assim como as demais salas tem estrutura confortável, com tamanho adequado, por exemplo, os consultórios médicos, sala de vacinação, sala de procedimentos e curativos, os banheiros, farmácia e sala de nebulização. Importante ressaltar que o almoxarifado não cumpre sua função e está destinado para outras funções. Outro ponto que não tem muita funcionalidade para nós é a sala de coletas já que em nossa UBS não conta com laboratório clínico e portanto não se faz este procedimento. Os consultórios odontológicos são espaçosos e com boa estrutura.

Embora na UBS existam várias limitações, o trabalho encontra-se organizado. Espero que com o apoio da prefeitura e do governo de, e fazendo novas estruturações e projetos possamos eliminar muitas destas dificuldades. Dentre as maiores limitações que temos acredito que está relacionada ao acesso da calçada e a falta de corrimãos nos corredores e a falta de rampa para a parte superior do prédio. Para nós é de grande importância a estrutura da UBS já que ajuda a melhorar as condições dos atendimentos.

Na UBS temos disponibilidade suficiente de equipamentos e instrumentos de uso geral. A equipe da administração tem grande empenho em oferecer um bom atendimento para toda a população, mas sempre tem suas pequenas deficiências, como, por exemplo, não tem número suficiente de autoclaves, nem de espéculos vaginais para os atendimentos das consultas de obstetrícia e ginecologia. Para solucioná-los seria importante comprar mais instrumentos deste tipo. Não acho que a solução seja tão difícil porque temos muito apoio por parte da prefeitura e a UBS conta com o capital para solucioná-lo.

Dispomos de consultório de odontologia e geralmente é bem equipada embora não temos laboratório de próteses, nos articulamos com outro município para suprir esta falta. Temos boa disponibilidade dos equipamentos da comunicação e de internet com computadores, impressoras suficientes e telefones. Temos implantado o prontuário eletrônico e funciona integrado para todo tipo de consultas.

Os medicamentos embora estejam suficientes acredito que estão mal distribuídos e para resolver este ponto seria interessante fazer uma estratégia nova com os medicamentos mais usados e de maior relevância. Em algumas situações os

usuários precisam comprar seus medicamentos, pois estes não estão disponíveis na farmácia popular. Outra dificuldade que pude perceber é que muitos usuários não tem consciência no uso das medicações, pois fazem uso frequente dos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos sem acompanhamento médico.

Devemos ser um pouco mais enfáticos neste ponto e nos articularmos com a profissional de psicologia para encaminhar essas demandas. Deveríamos também incorporar os tratamentos alternativos como fitoterapia, já que não se usa em nossa UBS. Outro ponto frágil é que não temos laboratórios para os exames e a população tem que ser levada para outros municípios, entretanto nossa comunidade é pequena e até agora não afeta em nada este quesito, mas seria muito bom evitar o traslado de usuários para outros municípios. Outra necessidade é a contratação de especialistas para que venham uma vez a cada duas semanas a UBS para consultar nossa população, e desta forma melhorariamos muito mais o processo saúde-doença de nossa comunidade.

A UBS possui uma equipe da ESF constituída por dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, duas odontólogas, uma farmacêutica, uma técnica de odontologia e seis ACS. Na UBS há agentes de saúde, todos moram em localidades que geralmente não precisam de meios de locomoção para cumprir com seu trabalho, embora acredite que deveriam estar muito mais equipados e organizados para poder chegar aos lugares mais longes de nossa comunidade.

Em relação às atribuições da equipe, todos os profissionais que trabalham na ESF estão bem preparados, cumprem com suas responsabilidades, horários de trabalho e realizam cursos de capacitação técnica frequentemente. Ainda assim, temos algumas limitações, tais como, não realizamos busca ativa de usuários faltosos a consultas, a capacidade instalada para ações coletivas e reuniões em saúde bucal está muito reduzida, sendo substituídas por atendimento clínico; não se promove a participação da comunidade no controle social e não se identificam parceiros nas comunidades para potencializar ações com a equipe. Para tentar dar solução a essas limitações, podemos propor para os ACS, que eles sejam os responsáveis por visitar os pacientes que faltam às atividades realizadas na UBS, pesquisando as causas e como poderiam ajudar em alguma situação.

Para melhorar a capacidade instalada das ações coletivas e reuniões em saúde bucal, devemos analisar e reorganizar o horário das odontólogas e de sua auxiliar para cumprir estabelecer horário para programar atividades, participar dos

diferentes grupos prioritários da comunidade e também se poderia criar um grupo de Saúde Bucal.

Para melhorar a participação da comunidade no controle social, deveríamos fazer mais reuniões da equipe e do Conselho Local de Saúde com os líderes principais da área e outros que desejem participar, para possibilitar o cumprimento de todas as ações programadas com a parceria da UBS e comunidade e de integrar cada vez mais todas as pessoas da região no cuidado da saúde coletiva.

O acolhimento em nossa Unidade de saúde é feito de um jeito muito organizado através da recepcionista que se encarrega de dar um bom acolhimento, de orientar a população e de distribuir os usuários segundo suas necessidades de atendimentos. Não temos problemas com o excesso de demanda espontânea, já que trabalham dois médicos e um atende a demanda espontânea e outro os atendimentos agendados. Pelo fato das comunidades ficarem longe da UBS, geralmente, realizamos palestras nos diferentes dias da semana. Por outra parte, a prefeitura tem como estratégia priorizar, um dia da semana, o transporte para diferentes comunidades, o que contribui notavelmente na diminuição com a demanda espontânea. Da mesma forma funciona com as odontólogas já que trabalham duas e geralmente através de consultas agendadas dando margem também para as urgências.

Em relação as ações programáticas realizadas na UBS e o perfil da população atendida, tomamos como ponto de referência o Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pela Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para calcular os nossos denominadores.

A atenção á saúde da criança é um dos temas mais importantes que temos na ESF, pois permite ter uma projeção e valoração geral do futuro da população. Na UBS onde eu trabalho temos um registro através dos prontuários e através de um registro específico que nos permite conhecer tudo em relação a criança onde, periodicamente, fazemos uma revisão e atualizamos os registros, além disso também temos registro, como a vacinação.

No que se refere à atenção a saúde da criança foi estimado pelo CAP o total de 22 crianças menores de um ano residentes na área, sendo que o total de crianças residentes e cadastradas na UBS foi de 13 crianças, apresentando uma cobertura de 59%. Em relação aos indicadores de qualidade podemos afirmar que eles estão bons atendendo a toda a população cadastrada. Todas as 13 crianças

(100%) realizaram consultas em dia de acordo com protocolo, realizaram o teste do pezinho em até 7 dias de vida, a triagem auditiva, estão monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento e estão com vacinas em dia. Seus pais receberam orientações sobre aleitamento materno e prevenção de acidentes. Entretanto, nenhuma criança menor de um ano tem feita avaliação de saúde bucal o que representa 0%.

O atendimento pré-natal é uma prioridade para os profissionais da UBS, embora não coincida a quantidade de gestantes que temos no município com os dados nacionais estimados pelo CAP. Atualmente, temos 4 gestantes cadastradas e acompanhadas na UBS, contudo foi estimado no CAP o total de 27 gestantes, o que gera um indicador de 14%. Apesar do baixo indicador de cobertura, todas as gestantes cadastradas (100%) foram captadas no primeiro trimestre da gestação, estão com as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde (MS), receberam solicitação de exames na 1ª consulta, receberam vacina antitetânica e hepatite B, realizaram exame ginecológico, fizeram avaliação de saúde bucal e receberam orientação sobre aleitamento materno.

Em relação ao puerpério foi estimada pelo CAP a existência de 22 puérperas, contudo, só temos cadastradas e acompanhadas 11 puérperas, totalizando 50% de cobertura. Os indicadores de qualidade foram contemplados para todas as puérperas (100%), são eles: consultas antes dos 42 dias de pós-parto, registro adequado da consulta puerperal, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Todas as puérperas (100%) tiveram suas mamas e abdome examinado, realizaram exame ginecológico, tiveram seu estado psíquico avaliado, e foram avaliadas quanto a intercorrências.

Temos uma grande debilidade em nossa UBS, pois não temos protocolo de atenção pré-natal e este instrumento é muito importante já que constituem uma grande ferramenta para que os atendimentos ocorram de forma integral, padronizado e com qualidade.

A cobertura para o controle do câncer de colo de útero encontra-se em 93%, ou seja, foi estimada pelo CAP 508 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, sendo que estão cadastradas e acompanhadas 473 mulheres. Todas essas mulheres estão com seu exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e não temos nenhuma mulher com exame citopatológico para câncer de colo de útero

com mais de 6 meses de atraso. Somente 99 mulheres (21%) receberam avaliação de risco, 244 mulheres (52%) receberam orientações sobre DST's, 445 (94%) tiveram exames coletados com amostras satisfatórias e 293 (62%) tiveram exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar.

Este é um tema que toda equipe de saúde precisa desenvolver um papel ativo na orientação pra prevenir os fatores de risco, dentre eles estão o tabagismo, a multiparidade, o uso de contraceptivos hormonais e história de saúde familiar de câncer de colo uterino. Em relação as mulheres com citopatologia alterada seria uma boa proposta para não perder o seguimento fazer visitas programadas e enfatizar a importância dos exames, organizar um grupo só destas mulheres com esse tipo de doença com objetivo de oferecer informações através de vídeos e compartilhamento de suas experiências.

Em relação ao câncer de mama embora não temos um registro específico, já que a informação fica nos prontuários e na base de dados da Unidade de saúde, conseguimos identificar uma boa cobertura do controle de câncer de mama. Segundo a estimativa do CAP existe na UBS 190 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, sendo que temos cadastradas 186 mulheres nesta faixa etária apresentando uma cobertura de 98%. Em relação aos indicadores de qualidade, podemos afirmar que todas as mulheres (100%) encontram-se com a mamografia em dia e receberam orientações sobre prevenção do câncer de mama, 123 mulheres (66%) receberam avaliação de risco para câncer de mama.

Acredito que a equipe pode dar um pouco mais de importância para este tema realizando palestras sobre os principais fatores de risco e identificá-los antes da instalação da doença. Embora em nossa área não seja muito comum a existência deste tipo de alteração, nós temos que trabalhar na prevenção. No caso das mulheres com exame alterado seria bom continuar com a estratégia que temos fazendo visitas programadas, consultas agendadas e o apoio de toda a equipe de saúde.

Os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) encontram-se registrados nos prontuários o que permitiu um acesso fácil das informações. Segundo os dados estimados do CAP para o número de usuários com HAS foi de 412, mas o nosso município fica longe de ter dados semelhantes já que só conseguimos identificar 213 hipertensos, atingindo uma cobertura de 52%. Ainda temos pessoas com esta doença que não foram identificadas, e embora se tenham

usuários registrados em todas as comunidades, acredito que ainda podemos melhorar e aumentar a cobertura.

Os indicadores da qualidade da atenção a HAS estão bons, temos 100% dos usuários com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e somente 22 usuários estão com atraso nas consultas de mais de sete dias. Foram identificados 199 usuários (93%) com exames complementares periódicos, 171 hipertensos (80%) com avaliação de saúde bucal e 213 hipertensos (100%) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Para a oferta de um bom atendimento necessitamos não só do médico e da enfermeira, mas de um maior apoio dos ACS para melhorarmos cada mês mais esses indicadores. É necessário que tenha na UBS os protocolos atualizados já que esses mudam com frequência, além disso, acredito que para melhorar a qualidade dos atendimentos seria bom ter como estratégia a parceria com a equipe de saúde bucal e buscar uma forma de registro que não seja só nos prontuários, já que, fica um pouco mais difícil ter acesso às diferentes informações que precisamos.

Em relação aos usuários com Diabetes Mellitus (DM), embora não temos registros específicos é possível ter controle dos usuários em prontuários onde geralmente fica toda a informação necessária. Segundo CAP a estimativa para diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 118 diabéticos, contudo, identificamos apenas 41 diabéticos, representando uma cobertura de 35%.

No que se refere aos indicadores de qualidade, identificamos que todos os diabéticos (100%) realizaram as seguintes ações: estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, encontram-se com exames complementares periódicos em dia, realizaram exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Em relação a saúde bucal, 35 diabéticos (85%) receberam esta avaliação específica.

É de extrema importância ter atualizados os protocolos para assim podermos desenvolver um atendimento clínico de qualidade e de forma integral, conforme as orientações do MS. Em relação a organização dos registros das informações também seria uma boa estratégia organizar registros específicos, pois seria muito mais fácil a identificação posteriormente dos dados registrados.

Conforme já mencionado anteriormente, nosso município possui uma forte tendência a população idosa. Diante disto, a cobertura da população acima de 60 anos em nosso município superou a estimativa do CAP, mas para efeitos didáticos iremos utilizar a estimativa apresentada pelo CAP que foi de 251 idosos com 60 anos ou mais, o que representa uma cobertura de 100%.

No que se refere aos indicadores de qualidade todos os idosos (100%) possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, realizaram avaliação multidimensional rápida e encontram-se com seu acompanhamento em dia na Unidade de saúde. Do total de 251 idosos, 212 possuem HAS (84%) e 19 possuem DM (8%). Identificamos que 212 idosos (84%) receberam avaliação de risco para morbimortalidade, 230 idosos (92%) receberam investigação de indicadores de fragilização na velhice, 219 idosos (87%) receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular e 126 idosos (50%) estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Conforme já citado, também necessitamos de protocolos atualizados de saúde do idoso para melhor condução dos casos atendimentos, implantar uma forma de registro específico só para este grupo de idade para melhorarmos a organização e a acessibilidade das informações. Temos um grupo funcional que se encontra uma vez por semana com este grupo de pessoas, no qual tem a participação de um educador físico e técnica de enfermagem.

Por fim, analisando os dados da saúde bucal segundo a capacidade instalada para a prática clínica acredito que na UBS os consultórios de odontologia estão bem equipados com materiais necessários para os procedimentos, mas em relação aos instrumentos, ainda não são suficientes para cumprir com um número maior de procedimentos. Temos dois consultórios de odontologia onde são ofertadas consultas agendadas e, além disso, a equipe realiza ações coletivas duas vezes por semana em uma escola que fica em nossa área de abrangência.

A média de procedimentos clínicos que realizamos em nossa área de saúde está acima da estimado pelo MS, ou seja, realizamos 287 procedimentos clínicos no último mês, apresentando um indicador de 1,9% da média de procedimentos clínicos por habitante / mês na UBS. O desenvolvimento das ações de saúde coletiva para este grupo populacional encontra-se um pouco fragilizado, já que fundamentalmente só fazemos essas ações coletivas aos pré-escolares e escolares. Acredito que para melhorar a qualidade dos atendimentos em odontologia, a UBS deveria dispor de um

maior número de instrumentos e priorizar os grupos como as gestantes e os idosos para ajudar um pouco mais com sua saúde bucal.

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

O olhar inicial traduzido no primeiro texto deste capítulo sobre a situação inicial da EFS/APS foi de grande ajuda pois nos orientou sobre as principais debilidades, fortalezas, oportunidades e ameaças que temos em nosso serviço. Nota-se que neste primeiro texto tínhamos poucos elementos sobre a realidade da UBS e para onde devíamos encaminhar as diferentes ações para começar uma intervenção dos problemas fundamentais de saúde.

Após a organização do relatório da análise situacional já temos uma visão mais completa sobre o perfil da Unidade de saúde, do trabalho da equipe e das ações programáticas desenvolvidas. Nesse sentido, podemos encaminhar para os eixos que vamos priorizar assim como devemos organizar a equipe para enfrentar esta tarefa importante que vai permitir melhorar a qualidade dos atendimentos não só de um grupo de pessoas em específico, mas sim, de toda a população.

Acredito que um grande desafio que encontraremos será o de conseguir a participação da comunidade nas diferentes ações programadas, assim como, conscientizá-los já que a grande maioria da população mora no interior do município e tem costumes arraigados culturalmente, mas acreditamos que conseguiremos obter bons resultados. Um dos melhores recursos que apresenta a UBS é a vontade de seus trabalhadores de fazer mudanças de estilo de vida da população, que permitam o aumento da qualidade de vida e desenvolvam a consciência da importância da prevenção.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Com o critério atual de diagnóstico de HAS (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (BRASIL, 2006).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. O diabetes é comum e de incidência crescente.

Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos. No Brasil, no final da década

de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias. Hoje estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (BRASIL, 2006).

Tendo em conta que nossa UBS cobre uma área rural e que tem cobertura de atenção para 1.845 usuários e desses temos 213 usuários cadastrados com HAS e 41 usuários com DM cadastrados representando 52% e 35% de cobertura, respectivamente, para esta ação programática. Contudo, temos todas as condições para desenvolver o projeto de intervenção já que contamos com uma equipe da ESF formada por dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, duas odontólogas e uma psicóloga.

De acordo com a ação programática que se pretende desenvolver, durante o projeto de intervenção temos que aumentar a cobertura destes usuários com HAS e DM, assim como seguir dando orientações sobre a importância de realizar exercícios físicos e a importância de uma dieta adequada para estes tipos de patologias, assim como, incorporar os atendimentos odontológicos como uma prioridade para estes usuários já que até hoje isso não foi uma prioridade.

Dentro das ações que são desenvolvidas com a população temos as orientações para a prática de exercícios físicos e a prática de uma dieta saudável, além disso, todos os usuários que participam dos atendimentos têm a próxima consulta agendada para sua avaliação, assim como também todos os usuários tiveram sua avaliação de risco cardiovascular por critério clínico realizado pelo médico.

As limitações existentes são em decorrência do fato de aproximadamente 75% da população morar no interior do município e carecer de um bom grau de escolaridade. Para suprir a demanda da distância teremos disponível o traslado para os usuários que necessitarem e contaremos com o apoio dos ACS que moram nas comunidades onde trabalham e fazem com que seja um pouco mais fácil essa comunicação entre equipe e comunidade. Por fim, pretendemos melhorar fundamentalmente a cobertura da saúde para HAS e DM, ajudar a melhorar e aumentar seu conhecimento sobre os riscos e a prevenção de complicações, assim

como, incorporar os atendimentos odontológicos como uma prioridade para esta população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Canudos do Vale, Canudos do Vale/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% 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 60% 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 hipertensos 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.

Metas 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. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na área da equipe da UBS Canudos do Vale, no município de Canudos do Vale/RS. Participarão da intervenção todos os usuários com HAS e DM da área de abrangência da Unidade de saúde. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo C). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo B).

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% 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 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento das ações:

Para cumprir esta ação monitoraremos o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde através de consultas agendadas na UBS, assim como, através

das visitas domiciliares às famílias. Esta ação será feita pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem e pelos agentes de saúde, de segunda até sexta.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento das ações:

Os registros serão feitos através do médico, da enfermeira e da técnica de enfermagem, juntamente com a participação da equipe da administração. O cadastramento será feito diariamente, dependendo assim da demanda que tenha o serviço.

Para melhorar o acolhimento falaremos na UBS sobre o processo saúde doença e orientaremos à população que vier para o serviço. Esta ação será feita pela equipe da recepção e pela técnica de enfermagem, todos os dias na UBS e nas palestras nas diferentes comunidades.

Para garantir os materiais citados acima será acordado com o secretário da saúde do município e pelo administrador da UBS através da compra do material necessário para satisfazer as necessidades da população. Faremos uma avaliação três vezes por ano onde se determinará as necessidades.

Engajamento público

- 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 das ações:

Para a orientação destas ações realizaremos palestras nas comunidades, nas consultas e nas visitas à família. Serão desenvolvidas pelo médico, pela

enfermeira, técnica de enfermagem e pelos ACS. Nas consultas as orientações devem ser feitas diariamente e nas palestras uma vez por semana.

Qualificação da prática clínica

- 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 a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações

Capacitaremos os ACS as sextas-feiras de cada semana na UBS, uma capacitação de como fazer o cadastramento dos usuários com HAS e DM, realizada pela enfermeira. Para isso será necessário um notebook e se falará de diferentes tópicos como os sinais de alerta das diferentes doenças em questão, fatores de risco, etc. A capacitação sobre a verificação da pressão e do hemoglicoteste será feita pela enfermeira, depois de cada reunião da equipe nas sextas-feiras.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Detalhamento das ações:

Os responsáveis vão ser os médicos da UBS e vai acontecer diariamente nas consultas médicas fazendo o exame clínico correspondente para cada usuário.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

O responsável por esta ação será o secretário de saúde do município ocorrendo uma vez por mês. Ele vai organizar o plano de trabalho de cada profissional e organizar os recursos necessários para cumprir os objetivos propostos.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento das ações:

Os responsáveis serão os médicos e será feito diariamente nas consultas e nas palestras uma vez por semana onde falaremos sobre a importância e os riscos destas doenças.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento das ações:

O responsável vai ser o médico da UBS e será feita nas duas primeiras reuniões de equipe, com a demonstração de um exame clínico e a importância que tem este para evitar falsos diagnósticos.

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

- 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 das ações:

A responsável será a enfermeira e a técnica de enfermagem e vai ser feita uma vez a cada 15 dias, através da pesquisa nos prontuários.

Organização e gestão do serviço

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados

Detalhamento das ações:

O responsável será o médico, ocorrendo todos os dias nas consultas médicas através da indicação dos exames preconizados pelo SUS.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento das ações:

A responsável será a enfermeira, ocorrerá semanalmente nas palestras nas diferentes comunidades, onde falaremos sobre a importância da realização dos exames complementares e a periodicidade com que estes devem ser feitos.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento das ações:

O médico será o responsável, ocorrendo nas reuniões de equipe capacitando a equipe sobre este tema.

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

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações:

A responsável será a farmacêutica e ocorrerá todos os dias através do registro dos medicamentos.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento das ações:

A responsável será a farmacêutica e ocorrerá todos os dias através do registro dos medicamentos.

Engajamento público

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

Detalhamento das ações:

Será realizada pela enfermeira uma vez por mês nas palestras que ocorrerão nas diferentes comunidades. Daremos orientações para os usuários sobre os medicamentos que podem pegar na farmácia popular.

Qualificação da prática clínica

- 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 das ações:

O responsável será o médico, ocorrerá na última reunião de equipe de cada mês, onde daremos informações atualizadas sobre o tratamento da hipertensão e diabetes.

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

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

A responsável será a odontóloga, ocorrerá todos os dias através da avaliação dos pacientes com HAS e DM.

Organização e gestão do serviço

- 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 do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

A responsável será a odontóloga e ocorrerá todos os dias através da avaliação dos pacientes com hipertensão e com os diabéticos.

Engajamento público

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

Detalhamento das ações:

A responsável será a enfermeira e ocorrerá todas as semanas nas palestras nas diferentes comunidades, falando com os usuários da importância da saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento das ações:

O responsável será um odontólogo e ocorrerá uma vez por mês nas reuniões de equipe. Daremos uma palestra para a equipe de saúde onde orientaremos sobre a importância dos atendimentos odontológicos para estes usuários.

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

Metas 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.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento das ações:

Para o cumprimento desta ação realizaremos revisão dos arquivos específicos uma vez por mês, determinando as consultas para o próximo mês. Isto será feito pela técnica de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento das ações

Para organização das visitas domiciliares aos usuários faltosos será feita pela revisão dos arquivos específicos uma vez por mês. Esta ação será feita pela técnica de enfermagem. Organizaremos as visitas para o próximo mês, assim também como para a organização da agenda para acolher aos usuários diabéticos e hipertensos será revisado os arquivos específicos e informaremos a eles quando ocorrerão as próximas consultas mediante visitas domiciliares. O agendamento será feito pela recepcionista e sempre serão agendados para a próxima semana depois da visita domiciliar.

Engajamento público

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

Detalhamento das ações:

Realizaremos palestras sobre os temas, uma vez por semana, nas diferentes comunidades, de forma participativa, onde a população possa expressar a sua opinião e sugestões, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento das ações:

Será feito mediante capacitações que ocorrerão de 15 em 15 dias, na UBS, no salão de reuniões, e falaremos sobre a importância das consultas e sua periodicidade. A responsável será a enfermeira.

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

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

Detalhamento das ações:

Para isto, a técnica de enfermagem responsável revisará todos os registros do programa na unidade, ocorrendo uma vez por mês.

Organização e gestão do serviço

- 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 das ações:

O médico e a enfermeira serão os responsáveis, ocorrendo uma vez por mês, através da pesquisa nos prontuários onde identificaremos os casos mais preocupantes e serão discutidos na reunião de equipe ao final de cada mês.

Engajamento público

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

Detalhamento das ações:

Realizaremos palestras sobre os temas, uma vez por semana, nas diferentes comunidades, de forma participativa, onde a população possa expressar a sua opinião, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento das ações:

A capacitação será feita na sala de reuniões da UBS, pelo médico da família e enfermeira, uma vez por mês, onde os temas abordados serão sobre o preenchimento de todos os registros do programa, sendo a responsável para isto a técnica de enfermagem.

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

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

Detalhamento das ações:

Para isto, o médico nas consultas de controle, deve revisar o prontuário para confirmar se durante o ano vigente o usuário já realizou a verificação da estratificação do risco cardiovascular. Caso não tenha feito, realizaremos classificando o risco, o qual vai ser colocado no registro específico. Também a enfermeira vai ser a responsável de revisar os registros do programa uma vez por mês.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento das ações:

O médico priorizará os atendimentos com alto risco, sendo identificados em consultas. Serão priorizados seu próximo atendimento e se foram identificados na revisão dos prontuários, será agendada uma consulta na semana seguinte para sua avaliação.

Engajamento público

- 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 das ações:

Durante a consulta, o médico explicará ao usuário seu nível de risco e a relevância do acompanhamento regular para melhorar a qualidade de vida e evitar complicações. Além disso, realizaremos palestras sobre o tema, uma vez por

semana nas diferentes comunidades, na igreja, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento das ações:

Para isto serão feitas capacitações uma vez por mês na UBS onde o tema será a importância de diminuir os fatores de risco e o responsável serão o médico e a enfermeira.

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. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Detalhamento das ações:

Os responsáveis serão os ACS, ocorrerão todos os dias através de visitas aos domicílios dos usuários.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

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

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

Detalhamento das ações:

O responsável será o gestor de saúde, ocorrerão todos os meses em sua agenda de trabalho organizando um plano de trabalho para cada profissional.

Engajamento público

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

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

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

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

Detalhamento das ações:

Serão realizados pelo médico todas as semanas com palestras nas diferentes comunidades onde falaremos sobre a importância de uma dieta saudável, importância do exercício físico neste tipo de doenças, sobre o tabagismo, ressaltando seus riscos e sobre higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

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

- 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.

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações:

Para isto serão feitas capacitações uma vez por mês na UBS tendo como responsável o médico e a enfermeira. Daremos orientações gerais sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica, do MS, nº 36 e 37, referente as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (DM e/ou HAS) (BRASIL, 2013). Utilizaremos a ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético disponíveis no município. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, avaliação de risco cardiovascular, orientação nutricional, nem sobre a prática de exercício físico. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar.

Estimamos alcançar com a intervenção uma cobertura de 80% para os usuários com HAS e 60% para os usuários com DM. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas necessárias para hipertensos e diabéticos e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará os prontuários no momento da consulta identificando todos os hipertensos e diabéticos, os que têm avaliação de risco cardiovascular feito e os que têm exames complementares realizados. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção ao usuário com HAS e com DM para que toda a equipe utilize esta referência no cuidado a estes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, ocorrendo uma vez por mês ao final da reunião de equipe onde o médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem estudarão uma parte do manual teórico e exporá o conteúdo para o resto da equipe, assim como, também no mesmo horário a odontóloga realizará a capacitação sobre os atendimentos odontológicos e sobre higiene bucal neste tipo de usuários. Também serão temas para a capacitação sobre

o tratamento dos usuários tabagistas nestas doenças, que vai ser feito pelo médico para os outros membros da equipe.

Para o monitoramento e avaliação dos usuários com estas doenças será feito na UBS e nas visitas feitas pelos ACS, na UBS através das consultas nos prontuários eletrônicos já que vai ser pesquisados neles pela enfermeira uma vez por mês para ver a falta de consultas, a falta de exames complementares, a falta de avaliação odontológica. Nas comunidades os ACS procurarão os usuários faltosos às consultas, assim como, vão monitorar a realização de exercícios físicos nestes usuários. Os usuários atendidos na UBS sairão da consulta com sua próxima consulta agendada, assim como vão ter prioridade nas consultas agendadas.

Para a sensibilização da comunidade serão feitas palestras nas diferentes comunidades pelo médico e pela enfermeira uma vez por semana onde se farão contato com os líderes das comunidades esclarecendo sobre a importância dos fatores de risco da HAS e DM assim como priorizaremos a importância de um estilo de vida saudável, sobre como reconhecer os diferentes sinais de alerta de cada doença, a importância de freqüentar as consultas, a realização dos exames complementares, a importância dos tratamentos das diferentes doenças, assim como, suas complicações e a existência do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS.

Para o cumprimento da organização e gestão dos serviços o gestor de saúde vai ter prioridade em sua agenda para a coordenação da realização dos exames complementares, assim como garantir o traslado dos diferentes profissionais para as diferentes comunidades permitindo o desenvolvimento da intervenção e dos atendimentos nas diferentes comunidades. A gestão também vai ter como responsabilidade a disponibilização dos protocolos de HAS e DM atualizado e impressos na UBS, assim como também permitir a organização e cumprimento das agendas dos diferentes profissionais.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava prevista para acontecer durante 16 semanas conforme consta no cronograma do projeto, entretanto, foi necessário realizar uma readequação do tempo de intervenção, reduzindo para 12 semanas, visando adequá-la ao período de férias do coordenador do projeto. Apesar dessa redução do período da intervenção, nota-se que não houve prejuízos para a realização das ações e alcance das metas estipuladas.

É importante sinalizar também que durante o meu período de férias não foi possível a equipe dar continuidade as ações planejadas no projeto já que não se continuou pela enfermagem nem pelo pessoal envolvido nesta questão fundamentalmente porque foi um período em que outros profissionais também estavam de férias e preferiram aguardar meu retorno para continuar.

De acordo com as ações desenvolvidas no projeto de intervenção todas foram realizadas durante cada semana sem nenhum tipo de inconveniente. O projeto tem sido aceito por grande parte da população e pela maioria dos profissionais, assim como, também conseguimos o apoio de todas as pessoas envolvidas de algum jeito nesta intervenção.

Conseguimos seguir o cronograma e realizar as diferentes ações previstas. Sobre as atividades desenvolvidas na primeira semana na Unidade de saúde, utilizamos o horário da reunião da equipe para realizar a primeira capacitação para todos os profissionais da Unidade de saúde, conduzido pelo médico e a enfermeira, onde discutimos de forma geral o protocolo de atenção aos usuários com HAS e DM e responsabilizamos cada um dos envolvidos na intervenção.

Foram demonstradas como preencher os diferentes documentos que utilizamos na intervenção, a verificação da pressão arterial e a realização do

hemoglicoteste (HGT). Orientamos os ACS sobre como realizar a busca ativa dos usuários faltosos às consultas em seu trabalho diário.

Realizamos nas diferentes comunidades os encontros com os líderes comunitários e algumas pessoas da área de abrangência. O médico informou sobre a existência do Programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS, sobre o início da intervenção e as vantagens para a comunidade em geral. Também foram discutidos temas relacionados a importância de modificações no estilo de vida por parte da população.

Explicamos a comunidade sobre a importância da identificação precoce dos fatores de riscos para prevenir complicações futuras nas diferentes doenças. Orientamos acerca da necessidade de aferição da pressão arterial de forma sistemática e sobre a realização de exames complementares, fundamentalmente, as pessoas que possuem risco cardiovascular em grau elevado. Foi formado um grupo de usuários com HAS e/ou DM no município e planejamos cuja frequência de encontros foi de uma vez por semana. Durante os encontros abordamos os diferentes temas relacionados aos fatores de riscos e as mudanças do estilo de vida.

Realizamos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência utilizando os prontuários clínicos e as fichas espelhos, preenchidas uma parte pela enfermeira e outra pelo médico. Também foi iniciado o atendimento clínico e acompanhamento destes usuários segundo o protocolo de HAS e DM. Essas ações foram realizadas todos os dias nas consultas e visitas domiciliares.

Durante o atendimento clínico realizamos o exame físico completo, a verificação da estratificação do risco cardiovascular, revisão dos exames complementares solicitados de acordo com o protocolo, monitoramento dos medicamentos prescritos tentando usar como primeira opção os da farmácia popular, avaliamos a necessidade do atendimento odontológico, assim como, orientamos sobre alimentação saudável, importância de atividade física, riscos do tabagismo e cuidados com a saúde bucal.

Nas sextas de tarde, seguindo o cronograma, a técnica de enfermagem realizava a revisão dos registros na unidade para identificar os diferentes problemas, como o atraso de qualquer das atividades agendadas na UBS. O médico e a enfermeira foram os responsáveis da avaliação e monitoramento dos registros. Durante as reuniões realizadas todas as sextas de manhã, com as ACS, antes de

sair para as suas visitas domiciliares, foram priorizados os usuários faltosos a consultas para que estas fizessem a busca ativa dos mesmos.

Seguindo com as atividades do cronograma, na semana 5 e na 9 se continuamos com a capacitação dos profissionais de saúde da UBS abordando os aspectos gerais do exame físico nestes usuários, assim como, os critérios diagnósticos para HAS e DM.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas atividades não puderam ser desenvolvidas, apresentamos problemas com as palestras em algumas comunidades já que não tivemos disponível o transporte para esta ação.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante o processo da coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, não se apresentaram dificuldades já que tudo foi planejado e organizado e tivemos a cooperação de toda a equipe envolvida nessas funções.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

De acordo com as ações prevista e o planejamento das ações de saúde do posto se determinou continuar com as ações que envolvem fundamentalmente a comunidade, assim como, continuar com as palestras. Entretanto, essa participação não deverá ser somente do médico e da enfermeira, mas ficou acordado que outros profissionais como a nutricionista e a fisioterapeuta também participarão destas ações já que deverão contribuir e ajudar na melhoria e desenvolvimento destas ações na comunidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população total da área adstrita está em torno de 1.845 pessoas, em relação a população com HAS e DM, durante a análise situacional foi estimado pelo CAP 213 usuários com HAS e 118 usuários com DM, o que configurou uma cobertura de 52% e 35%, respectivamente. Segundo estimativa apresentada por Vigitel (2011), na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, foi estimado 281 usuários com HAS e 69 usuários com DM. Resolvemos utilizar a estimativa de Vigitel para calcular os indicadores encontrados durante a intervenção.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1 Cadastrar 80% 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.

Meta 1.2 Cadastrar 60 % 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

No 1º mês tínhamos 47 (16,7%) hipertensos inscritos, ao 2º mês 107 (38,1%) e ao 3º mês 176 (62,6%) , conforme figura 1. A meta para este indicador era de ampliar a cobertura de atenção aos hipertensos na unidade de saúde para 80%, sendo que não foi atingida. Apesar de não termos alcançado a meta proposta,

conseguimos cadastrar uma grande parte da população hipertensa, fundamentalmente pelo trabalho realizado por todo o pessoal envolvido nesta tarefa e pela disposição da comunidade em questão não foi possível atingir a meta proposta já que a maior parte de nossas comunidades moram no interior do município y praticamente muitos deles não tem como chegar com facilidade ao posto de saúde embora o pessoal profissional tentou convencer da importância do projeto para melhorar sua expectativas de vida .

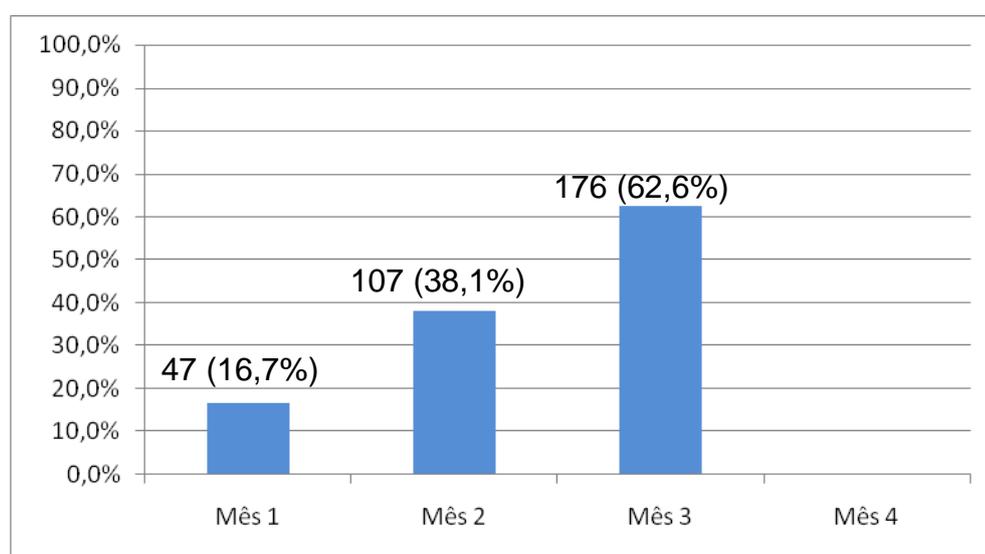


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na USF Canudos do Vale

Assim também aconteceu com os usuários diabéticos sendo que no 1º mês tínhamos 8 (11,6%) diabéticos inscritos, durante o 2º mês 29 (42%) , e ao 3º mês 39 (56,5%) , conforme figura 2. A meta para este indicador era o de ampliar a cobertura da atenção à saúde dos diabéticos para 60%, portanto não foi atingida. O resultado ficou bem próximo da meta proposta. Caso tivéssemos realizado a intervenção durante os 4 meses propostos inicialmente, teríamos conseguido um indicador maior do que foi proposto. Acreditamos que com a continuidade do programa ampliará ainda mais o acompanhamento desta população alvo.

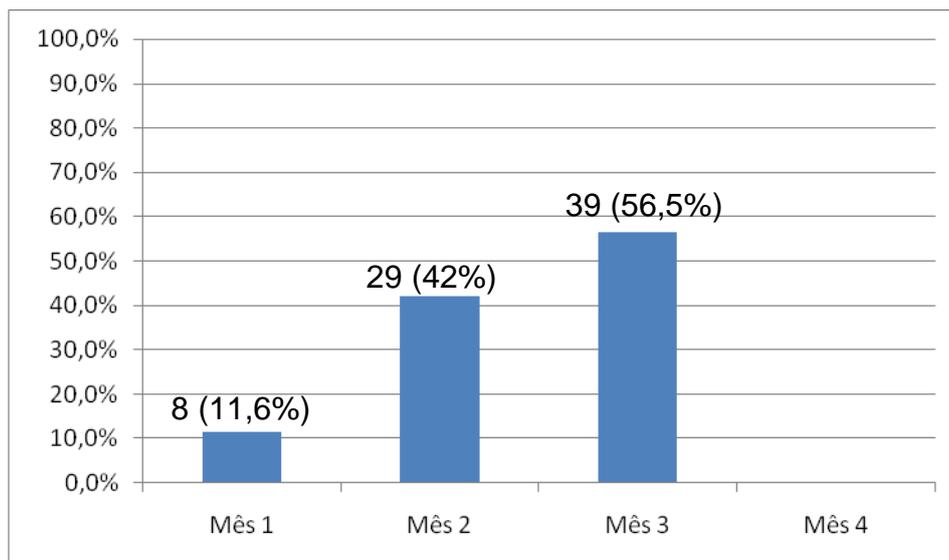


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na USF Canudos do Vale

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos hipertensos cadastrados.

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

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

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

Em relação aos hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, tivemos 32(68,1%) hipertensos no 1º mês, ao 2º mês 94(87,9%) e ao 3º mês 161(91,5%), conforme figura 3. Não atingimos a meta satisfatoriamente, já que os usuários que negavam-se a realizar-se o exame clínico justificando que pela sua situação geográfica (residem longe da UBS), tinham que voltar rápido para suas casas já que não tiveram transporte garantido pela gestão.

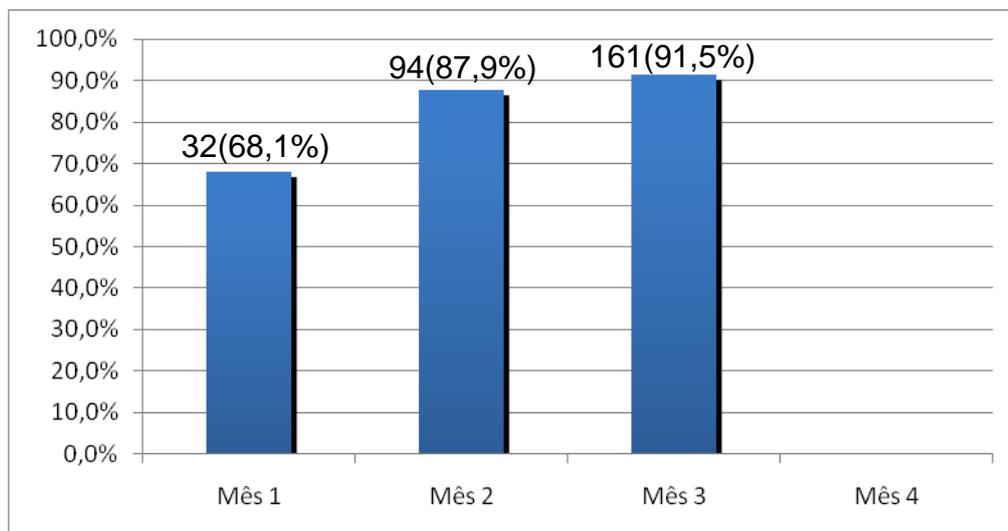


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo

Com relação aos diabéticos com o exame clínico em dia o número foi cada vez maior em cada mês já que no 1º mês obtivemos 6 diabéticos (75%), no 2º mês 27 (93,1%) e no 3º mês 37(94,9%), conforme figura 4. Não conseguimos atingir a meta proposta já que tivemos usuários que se negaram a realizar o exame clínico embora sua consulta estivesse agendada.

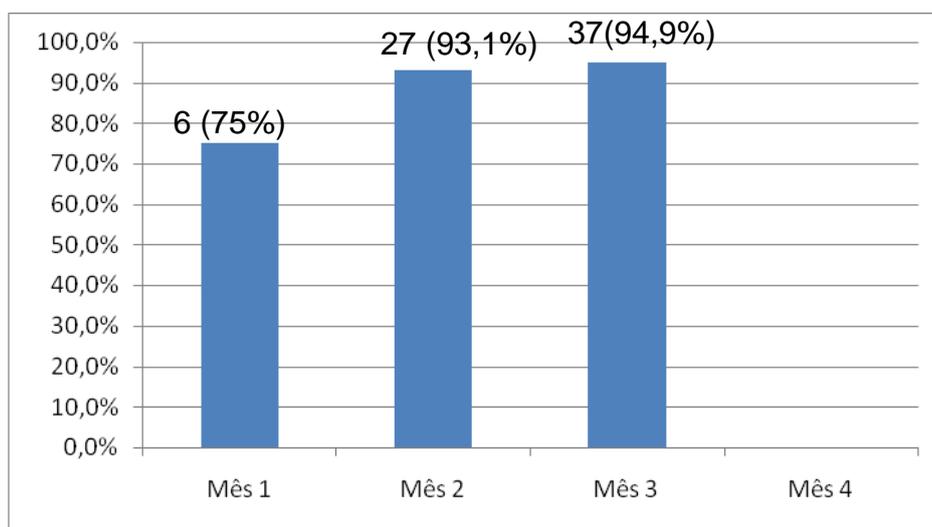


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo

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

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

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

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

De acordo com os usuários hipertensos que tinham os exames complementares ao dia, obtivemos no início da intervenção no 1º mês 32(68,1%) no 2º mês 96(89,7%) e no 3º mês 163 (92,6%), conforme figura 5. Observa-se que em cada mês fomos aumentando o número de usuários com os exames complementares realizados em cada mês, entretanto, não conseguimos alcançar a meta proposta, pois alguns usuários não realizaram os exames complementares.

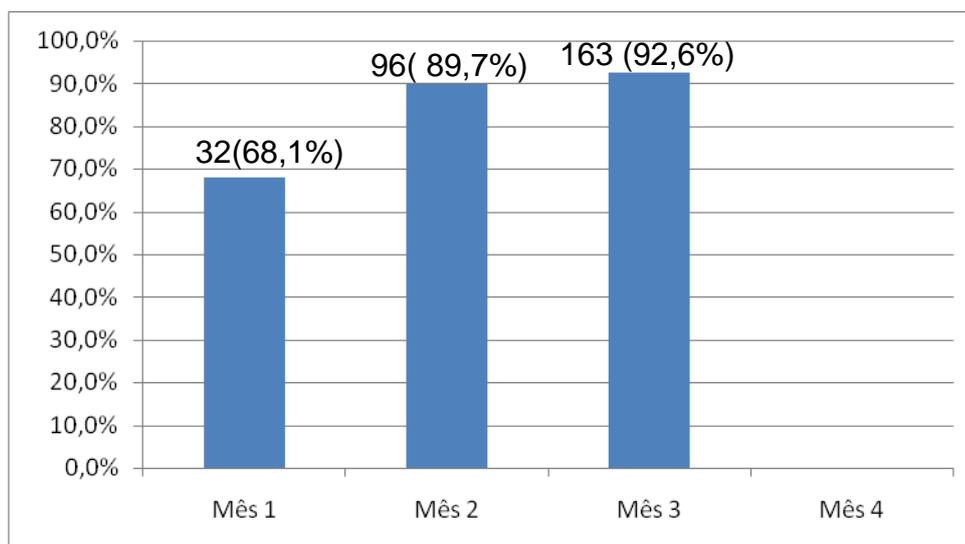


Figura 5. Proporção de hipertensos com o exames complementares em dia de acordo ao protocolo

De acordo com os usuários diabéticos que tinham os exames complementares em dia, obtivemos no início da intervenção no 1º mês 7(87,5%) no 2º mês 28(96,6%) e no 3º mês 38(97,4%), conforme figura 6. É notório o aumento mensal do número de usuários com os exames complementares realizados em cada

mês. Entretanto, não conseguimos alcançar a meta proposta, devido a falta de alguns usuários que não realizaram os exames complementares.

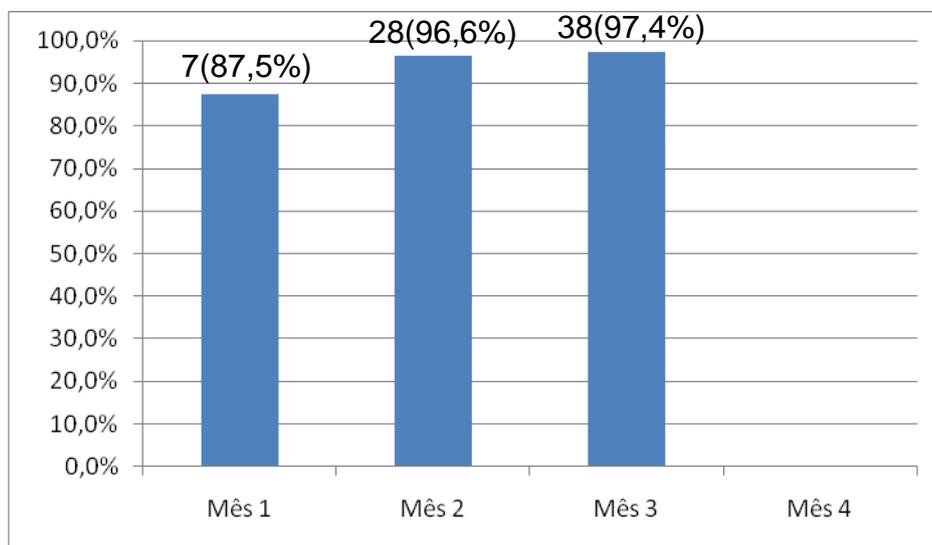


Figura 6. Proporção de diabético com o exames complementares em dia de acordo ao protocolo

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

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

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.

De acordo com os usuários hipertensos que necessitaram de medicação seja da farmácia popular ou do programa de atenção aos hipertensos, demonstrou-se que em cada mês foi aumentando o número de usuários que precisaram destes medicamentos, no 1º mês tínhamos 44(93,6%) no 2º mês 104(97,2%) e no 3º mês 173(98,3%), conforme figura 7. Não conseguimos atingir a meta já que tem usuários com tratamento especial e com seguimentos por especialistas sendo que os medicamentos que usam ficam fora dos que se encontram na lista da farmácia popular ou do programa HIPERDIA.

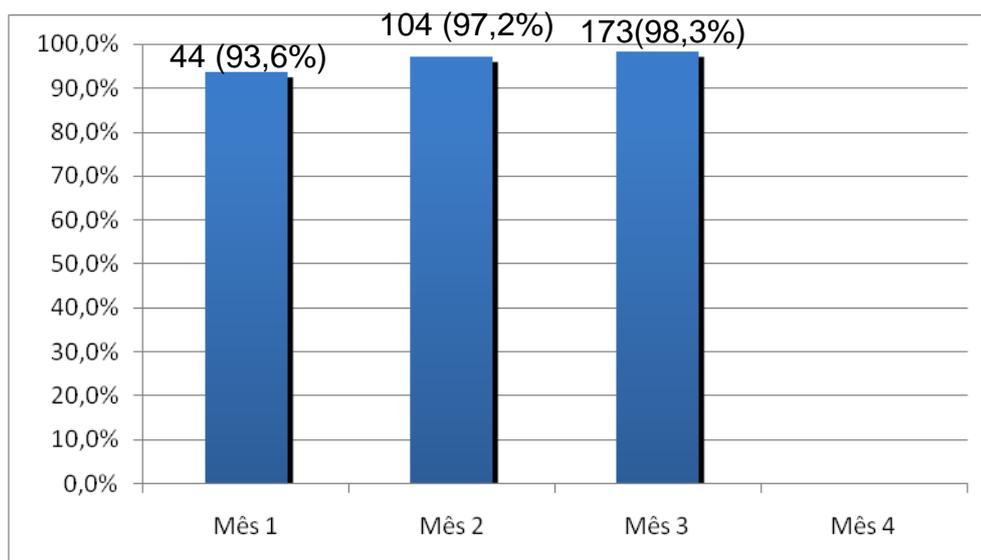


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição dos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA

De acordo com os usuários diabéticos que necessitaram de medicação seja da farmácia popular ou do programa HIPERDIA, demonstrou ao longo dos 3 meses que todos os diabéticos tiveram prescrição dos medicamentos da farmácia popular. No 1º mês obtivemos 8(100%) no 2º mês 29(100%) e no 3º mês 39(100%). Foi possível atingir a meta proposta já que não tínhamos grande quantidade de usuários e foi possível a reorganização de seus tratamentos para que ficassem recebendo as medicações dentro dos que estão no programa da farmácia popular.

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.

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.

De acordo com os usuários hipertensos com necessidade de atendimentos odontológico conseguimos que em cada mês o número fosse aumentando. No 1º mês foram 37(78,7%) no 2º mês 92(86%) e no 3º mês 158(89,8%), conforme figura 8. Ainda não foi possível o cumprimento da meta fundamentalmente pela

indisponibilidade que apresentaram os usuários, assim como, por problemas do deslocamento dos usuários até a UBS já que geralmente as comunidades ficam afastadas.

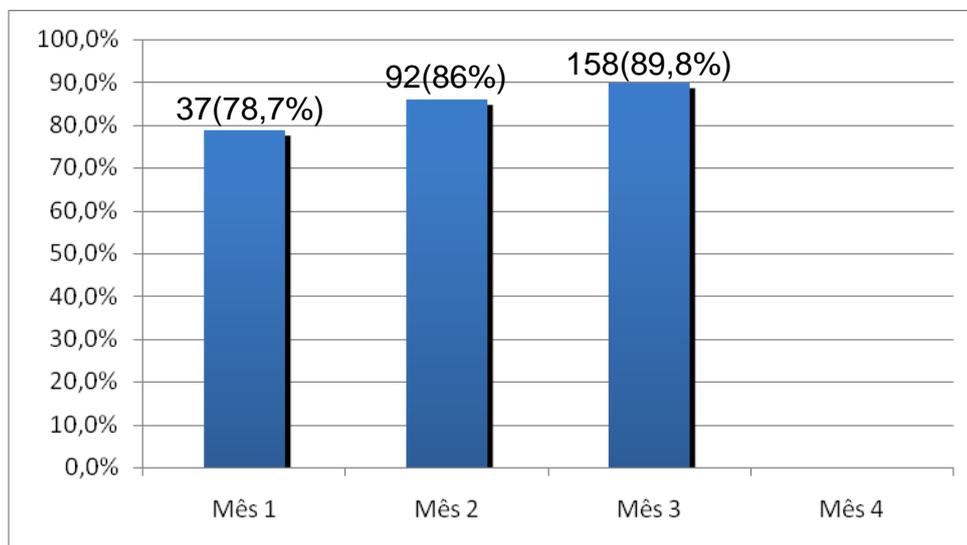


Figura 8. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

De acordo com os usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico conseguimos que em cada mês o número fosse aumentando. No 1º mês tivemos 6(75%) no 2º mês 28(96,6%) e no 3º mês 38(97,4%), conforme figura 9. Ainda não foi possível o cumprimento da meta fundamentalmente pela indisponibilidade que apresentaram os usuários, assim como, por problemas do deslocamento dos usuários até a UBS já que geralmente as comunidades ficam afastadas.

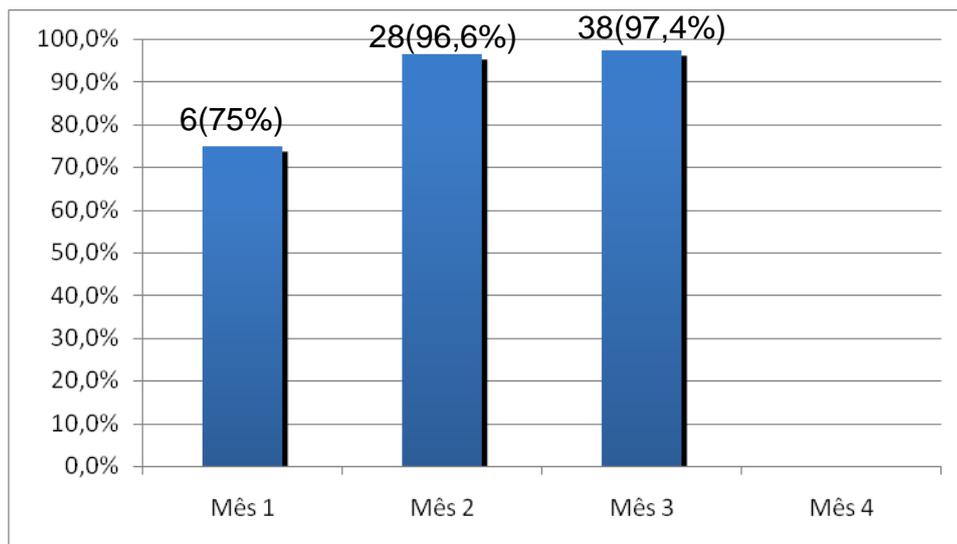


Figura 9. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

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 as 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.

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

De acordo com os pacientes hipertensos que se encontraram faltosos a consultas com busca ativa obtivemos no 1º mês 23(100%), o mesmo aconteceu no 2º mês 23(100%) e no 3º mês 30(100%). Todos os faltosos a consultas receberam busca ativa, graças ao trabalho dos ACS que realizaram visitas para garantir a presença dos usuários durante os atendimentos.

Em relação aos pacientes diabéticos que estavam faltosos a consultas e receberam busca ativa encontramos no 1º mês 4(100%) no 2º mês 3(100%) e no 3º mês 3(100%). Todos os diabéticos faltosos a consultas receberam busca ativa demonstrando o trabalho dos ACS na conquista de 100% da meta proposta.

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 cadastrados na unidade de saúde com ficha de acompanhamento.

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

Indicador 4.2 Proporção de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com ficha de acompanhamento.

De acordo com o número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento tivemos um aumento nos diferentes meses, no 1º mês obtivemos 45(95,7%) no 2º mês 105(98,1%) e no 3º mês 174(98,9%), conforme figura 10. Tivemos problemas com três usuários que se encontraram faltosos as consultas e não foi possível terminar seu registro.

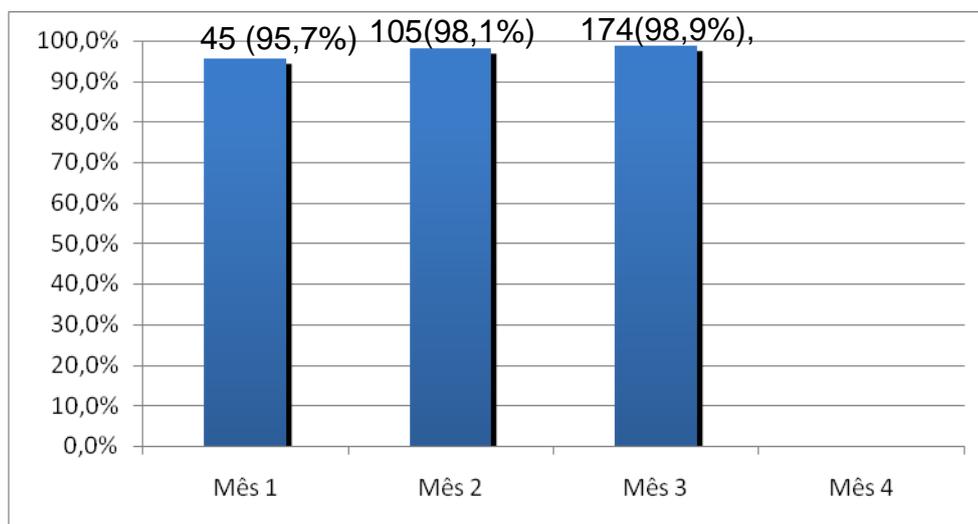


Figura 10. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

De acordo com o número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, todos os usuários tiveram seus registros realizados. Teve-se um aumento nos diferentes meses. No 1º mês tivemos 8(100%) no 2º mês 29(100%) e no 3º mês 39(100%). Conseguimos alcançar a meta completando os registros com a ajuda do pessoal responsável desta ação.

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 cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

O número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico ao dia foi aumentando em cada mês. No 1 mês obtivemos 39(83,%) no 2 mês 99 (92,5%) e no 3 mês alcançamos um total de 168 (95,5%), conforme figura 11. Não conseguimos atingir a meta alcançada já que tivemos usuários que não tinham conseguido realizar o exame clínico ao dia e com isso, o processo de classificação de risco fica comprometido.

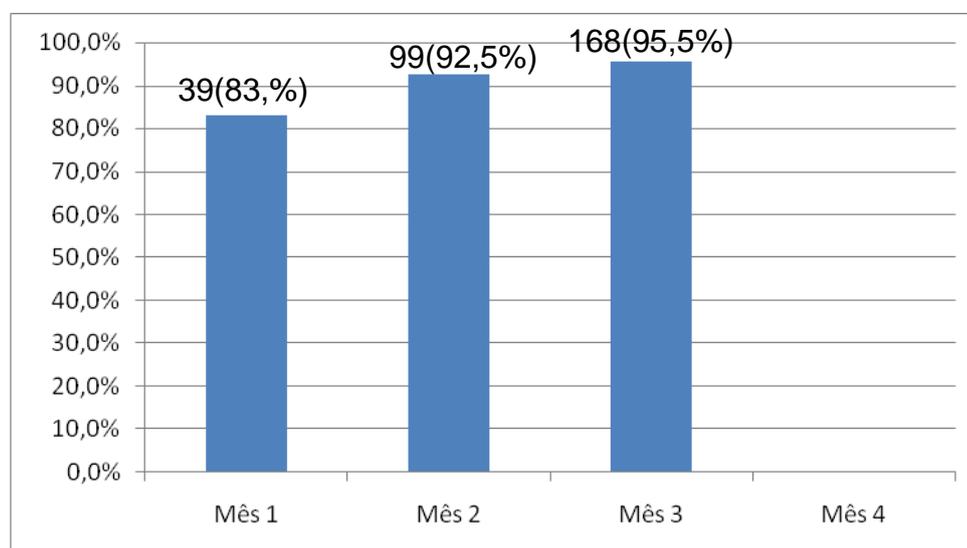


Figura 11. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico ao dia

O número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico ao dia foi aumentando em cada mês, no 1 mês obtivemos 7(87,5%) no 2 mês 28(96,6%) e no 3 mês alcançamos um total de 38(97,4%), conforme figura

12. Não conseguimos atingir a meta já que tivemos alguns usuários que não realizaram o exame clínico, o que dificulta a realização da estratificação de risco de forma completa.

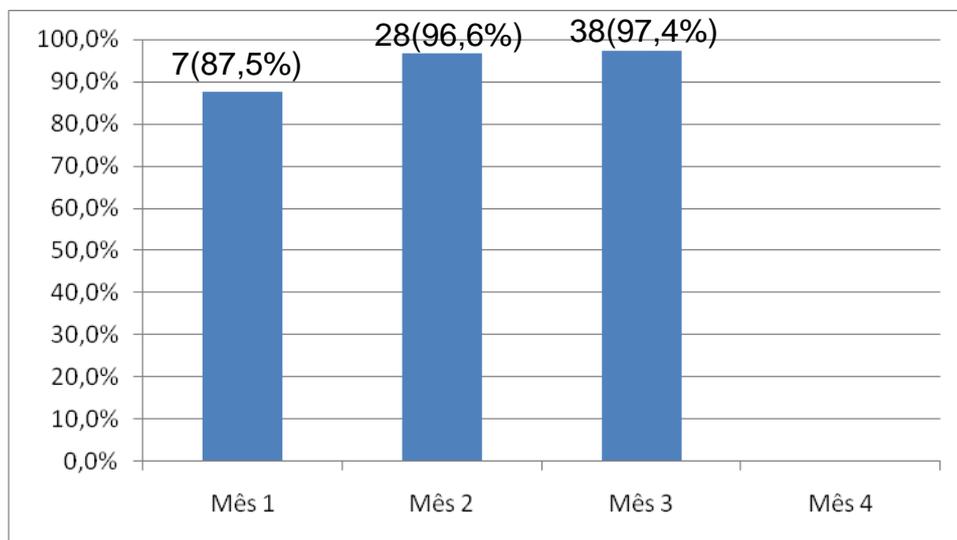


Figura 12. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em relação as metas relacionadas acima, as ações de promoção a saúde baseadas na orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal para os hipertensos, conseguimos atingir toda a população atendida. No 1º mês obtivemos 47 (100%), no 2 mês 107 (100%) e no 3 mês atingimos 176 (100%). Em relação aos diabéticos os dados alcançados foram no 1º mês 8 (100%), no 2 mês 29 (100%) e no 3 mês obtivemos 39 (100%).

Conseguimos atingir estas metas pois realizamos grupos de hipertensos e diabéticos nas diferentes comunidades, através de palestras sobre os temas relacionados a essas patologias.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS propiciou alcançar uma maior cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, permitiu que se formássemos grupos de hipertensos e diabéticos assim como ajudou a melhorar o conhecimento da equipe sobre estas doenças, assim como, seus fatores de risco por grande parte da comunidade. Permitiu também a melhoria dos registros e propiciou uma melhora na qualidade das consultas.

Um aspecto positivo para a equipe foi a realização das capacitações tendo como referência as recomendações do MS em relação ao monitoramento e rastreamento da HAS e DM. A capacitação foi feita pelo médico e pela enfermeira o que permitiu elevar o conhecimento dos profissionais da UBS, assim como, aperfeiçoou o trabalho do médico na organização dos atendimentos clínico. Conseguimos priorizar os usuários com estas doenças, classificá-los segundo as suas prioridades e propor de forma pertinente o uso de medicamentos da farmácia popular.

Antes da intervenção os usuários com HAS e DM estavam sujeitos praticamente aos atendimentos médicos, mas durante e após a intervenção começamos a reorganizar estes usuários formamos grupos de hipertensos e diabéticos, o que permitiu o intercâmbio de informações entre. Aumentamos as atividades de promoção a saúde o que tem despertado o interesse e desejo de realizar as orientações que lhes são passadas.

O impacto da intervenção é percebido nas diferentes comunidades já que o pessoal tem grande entusiasmo o qual demonstraram nas palestras que participaram. Entretanto, acredito que ainda podemos melhorar incentivando e orientando a comunidade a identificar casos suspeitas de HAS e DM para que estes sejam cadastrados o mais brevemente na UBS e possam dar início ao acompanhamento clínico.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento acredito que teria mais contato com a comunidade, assim como, com seus líderes. Incentivaria um pouco mais o protagonismo da equipe administrativa da UBS para que eles pudessem se envolver mais com a intervenção. Mesmo diante das dificuldades, esperamos que estas sejam superadas a partir da incorporação do projeto na rotina do serviço.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos e continuar com o monitoramento das ações previstas no início da intervenção. Continuaremos realizando as ações visando aumentar a cobertura dos hipertensos e diabéticos das diferentes comunidades com a ajuda dos ACS e pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS nos próximos meses.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor.

Venho por meio deste relatório contextualizar a realização de uma intervenção na UBS Canudos do Vale pertencente a este município com o objetivo de melhorar a atenção á saúde dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Esta intervenção aconteceu no período de fevereiro até junho de 2015.

O objetivo deste projeto teve como ponto estratégico a avaliação da análise da situação de saúde do município que foi realizado em 2014, onde observamos que tínhamos uma quantidade satisfatória de usuários diabéticos e hipertensos que não estavam cadastrados e não estavam recebendo um atendimento adequado por parte da equipe de saúde. Os dados iniciais encontrados foram cobertura de 52% e 35% para hipertensos e diabéticos, respectivamente.

Para a realização da intervenção contamos com o apoio da equipe administrativa da UBS para ajudar com a logística e também com toda a equipe de saúde. Iniciamos a intervenção realizando uma serie de ações que foram bem organizadas e que envolviam a comunidade com um grande protagonismo.

Durante três meses de intervenção conseguimos cadastrar e realizar atendimento integral a 176 hipertensos (62,6%) e 39 diabéticos (56,5%) melhoramos os atendimentos e a qualidade das ações ofertadas, tais como, 161 hipertensos (91,5%) e 37 diabéticos (94,9%) tiveram o exame clinico realizado, 163 hipertensos (92,6%) e 38 diabéticos (97,4%) realizaram os exames de laboratório e 158 hipertensos (89,8%) e 38 diabéticos (97,4%) tiveram avaliação odontológica.

Além disso, buscamos elevar o conhecimento dos usuários sobre a prática de exercícios físico, a prática de uma dieta saudável, o conhecimento dos riscos do tabagismo, assim como, o conhecimento sobre a higiene bucal. Todas essas

orientações foram realizadas para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. É importante ressaltar que essas orientações também foram realizadas nos grupos educativos de hipertensos e diabéticos. Para a realização dessas ações foi preciso capacitar toda a equipe que esteve envolvida na intervenção.

Ao final da intervenção, percebemos que a comunidade ficou muito contente com a realização da intervenção e propuseram que possa ser realizadas intervenções com outros grupos prioritários. Para que isso seja possível, precisamos continuar contando com o apoio da gestão da saúde, afim de garantir os insumos básicos de que a equipe de saúde necessita visando obter melhores resultados nos indicadores de saúde no município. É importante ressaltar que a intervenção foi muito boa para a unidade de saúde já que possibilitou uma melhor organização dos serviços de saúde oferecidos de um jeito um mais fácil e propiciou uma melhora na qualidade dos atendimentos dos usuários.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Olá Comunidade de Canudos do Vale,

No período de fevereiro a junho de 2015 a equipe da UBS Canudos do Vale realizou uma intervenção na comunidade UBS com o objetivo de melhorar a atenção de á saúde dos pacientes usuários hipertensos e diabéticos que frequentam o serviço. Escolhemos atuar com esse público porque na área de abrangência da UBS existem muitos usuários hipertensos e diabéticos que não estão cadastrados no serviço e nem recebendo atendimento adequado para as suas necessidades de saúde. a tudo o pessoal da comunidade, o estudo foi feito já que na comunidade se encontro que se tinham grandes numero de usuários diabéticos e hipertensos que não se encontraram cadastrados e que não receberam um atendimento adequado por parte do pessoal de saúde.

Durante o período da intervenção conseguimos alcançar bons resultados, primeiramente, aumentamos o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no serviço. Ao longo dos três meses de intervenção foram 176 hipertensos (62,6%) e 39 diabéticos (56,5%) cadastrados. Realizamos muitas ações de cuidado a saúde, tais como, realizamos o exame clínico de forma completa para 161 hipertensos (91,5%) e 37 diabéticos (94,9%), realizamos avaliação odontológica em 158 hipertensos (89,8%) e 38 diabéticos (97,4%). É importante ressaltar que outras ações de cuidado a saúde também fizeram parte da intervenção, tais como, prescrição de medicamentos da farmácia popular, busca ativa dos usuários que estavam faltosos as consultas e melhoramos os registros desses usuários através de uma ficha específica para os hipertensos e diabéticos.

Um ponto importante desta intervenção foi a realização de grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos. Nesta atividade todos os

usuários cadastrados e que participaram destas ações receberam orientações sobre prática de exercícios físico, alimentação saudável, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Essas orientações também foram discutidas com os usuários nas visitas domiciliares que os agentes comunitários de saúde realizaram semanalmente.

Para que essas ações de melhoria do atendimento possam continuar na Unidade de saúde é necessário que a comunidade se faça presente nas reuniões que a equipe organiza, participando de forma ativa e propondo melhorias. Precisamos aumentar cada vez mais a cobertura dos hipertensos e diabéticos e para isso, a comunidade pode também sensibilizar os vizinhos e amigos para freqüentar a Unidade de saúde, fazer uma revisão com o médico clínico e receber orientações de como melhor cuidar da saúde. Contamos com a participação de vocês. Estamos buscando melhorar outras ações para os outros grupos prioritários na UBS. Venha fazer parte dessa história.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para mim o curso teve um grande significado, me ajudou bastante para solidificar meus conhecimentos assim como para me aproximar um pouco mais da medicina que se pratica no Brasil. Achei que foi um curso ótimo que cumpriu com as expectativas previstas para cada pessoa envolvido. O curso teve uma boa metodologia embora fora a distancia foi muito bom organizado e planejado, as atividades que foram realizadas durante o curso como as tarefas os casos clínicos, as postagem nos fórum foi muito legal, achei que diante o curso avançava ia ficando mais interessante, também os testes de qualificação durante o curso ajudou muito para nossa preparação e interação com a medicina aqui no Brasil. Fundamentalmente aprendi muito sobre os protocolos dos atendimentos neste país, já que nos ajuda a adequar nossa prática profissional á proposta que é desenvolvida neste país.

Também foi uma boa experiência o relacionamento com as pessoas das comunidades já que se encontraram praticamente sem acompanhamento e orientações de saúde, o que ocorreu fundamentalmente nas palestras com os médicos, o que achei muito importante pois foi um grande aporte a toda nossa comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

_____. 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)

_____. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica, Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n.15)

_____. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus, Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n.16)

Apêndices

Apêndice A - ficha complementar de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético

Nome e sobrenome			idade		sexo		No de prontuario	
endereço								
HAS		DM		si	não	data	observações	Responsável
avaliação de risco cardiovascular								
orientação nutricional								
prática de exercício físico								
acompanhamento de saúde bucal								

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Exibição Protegido] - Microsoft Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Modo de Exibição Protegido Este arquivo foi originado de um local da Internet e pode não ser seguro. Clique para obter mais detalhes. [Habilitar Edição](#)

C5

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

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção						
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	OBSERVAÇÕES
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção						

* Estimativa no território

População total

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS

→ Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

→ Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número

Pronto Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Exibição Protegido] - Microsoft Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Modo de Exibição Protegido Este arquivo foi originado de um local da Internet e pode não ser seguro. Clique para obter mais detalhes. [Habilitar Edição](#)

C4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1											
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	□ paciente é hipertenso?	□ paciente é diabético?	□ paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	□ paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	□ paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hiperdia ou da Farmácia Popular?	□ paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	□ paciente é faltoso às consultas de acordo com protocolo
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	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
	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
	11										
	12										
	13										
	14										

Pronto Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

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