

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade Ambulatório Neri de Moura Fé, Simplício Mendes/PI**

Clara Ysaac Taquechel

Pelotas, 2015.

Clara Ysaac Taquechel

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na
Unidade Ambulatório Neri de Moura Fé, Simplício Mendes/PI**

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

Orientador: Adauto Martins Soares Filho

Pelotas, 2015

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

T175m Taquechel, Clara Ysaac

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade Ambulatório Neri de Moura Fé, Simplício Mendes/PI. / Clara Ysaac Taquechel; Aauto Martins Soares Filho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

70 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. Soares Filho, Aauto Martins, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico aos meus falecidos pais que sempre estão presente na minha vida, a meu filho por seu constante apoio em tudo que faço.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração dos profissionais das três equipes de saúde da família da UBS Ambulatório Neri de Moura Fé envolvidos na execução da intervenção, assim como também a comunidade do município de Simplício Mendes.

A meu orientador pela persistência, dedicação á elaboração deste trabalho, pela transmissão do conhecimento e pelo profissionalismo.

À Universidade Federal de Pelotas, ao Programa de pós-graduação em Especialização em Saúde da Família, pela proposição e apoio a este trabalho.

A todos os que direta ou indiretamente ajudaram, muito obrigada.

Resumo

YSAAC TAQUECHEL, Clara. Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade Ambulatório Neri de Moura Fé, Simplício Mendes/PI. 2015. 69f. 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 escolha da ação programática é justificada pela alta prevalência, morbidade e mortalidade da hipertensão arterial e diabetes mellitus. O trabalho de intervenção de atenção primária à saúde envolveu três equipes de Saúde da Família ao longo de doze semanas, com o objetivo de melhorar a atenção da saúde das pessoas com hipertensão e diabetes. O planejamento permitiu traçar objetivos específicos, metas e indicadores que permitiram o monitoramento e avaliação da intervenção, e das ações e atividades organizadas em quatro eixos programáticos, o monitoramento e avaliação, a organização e gestão, o engajamento público e a qualificação clínica. Uma das atividades estruturantes foi a capacitação das três equipes de saúde da família, segundo os protocolos do Ministério da Saúde que guiam a conduta da equipe e organização do serviço. No início dos trabalhos identificamos o desconhecimento que a população tinha acerca do controle das doenças, pois achavam que os problemas de saúde poderiam ser resolvidos somente com a intervenção dos profissionais da saúde ou com o uso de vários medicamentos. De modo geral, as pessoas não percebem o papel da eliminação ou diminuição dos fatores de risco, com o simples ato de mudar alguns hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde. Com a intervenção conseguimos uma melhor organização dos registros, com um bom cadastramento dos usuários diabéticos e hipertensos e boas práticas de avaliação integral, obtendo uma evidente melhora da qualidade da atenção, com a realização da avaliação integral que permitiu entre outras coisas avaliar o risco cardiovascular, detectar algumas complicações, assim como, também realizar várias ações educativas em saúde para preveni-las. Ao início da intervenção estavam acompanhados 995 (78%) hipertensos e 389 (100%) diabéticos na UBS e ao final as três ESF acompanharam 741 (74,5%) dos 995 usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS e 407 (100%) diabéticos e se conseguiu que a população melhorasse os conhecimentos sobre essas doenças, aumentando a chance de cada usuário controlar melhor a doença e

cuidar de sua saúde e tanto para as equipes como para a gestão. O trabalho em equipe na atenção integral ao usuário, com o aumento do vínculo com a comunidade, é uma boa prática de organização da atenção primária à saúde que facilita que as partes elaborem corresponsabilidades nos cuidados de saúde. Tomando como experiência este projeto, pretendemos implementar os programas de pré-natal e saúde da criança no serviço.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 01	Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão.	50
Figura 02	Cobertura do programa de atenção ao diabético.	50
Figura 03	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	51
Figura 04	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 05	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	53
Figura 06	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	53
Figura 07	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.	54
Figura 08	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.	54
Figura 09	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	56

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CSL	Conselho Local de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

.....	9
Apresentação	9
1. Análise Situacional.	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .	22
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral.	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia	27
2.3.2 Indicadores	36
2.3.3 Logística.....	41
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.	47
.....	49
4. Avaliação da Intervenção.	49
4.1 Resultados.....	49
4.2 Discussão	57
6. Relatório da Intervenção para a comunidade.....	61
7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.	63
Referências	65

Apresentação

Este trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família trata da melhoria da qualidade da atenção às pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na atenção primária à saúde na Unidade Ambulatório Neri de Moura Fé, município Simplício Mendes no Piauí, e está organizado em sete capítulos.

O primeiro capítulo traz a análise situacional da UBS, cujo relatório aponta a forma de funcionamento e a estrutura da unidade, e o processo de trabalho na implementação das ações programáticas nos diferentes grupos de atenção.

O segundo capítulo traz a análise estratégica, justificando a escolha do foco da intervenção e estabelecendo objetivos, metas, ações, logística e cronograma, cujo conjunto forma o Projeto de Intervenção.

O terceiro capítulo traz o relatório da intervenção, discorrendo sobre as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as dificuldades e facilidades encontradas, além daquelas que não foram desenvolvidas ou foram parcialmente desenvolvidas. Também analisa a viabilidade de incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

O quarto capítulo trata da avaliação da intervenção. São descritos os indicadores alcançados, discutidos os resultados e os fatores que contribuíram para o desfecho observado.

Os quinto e sexto capítulo trazem respectivamente os documentos redigidos como relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Por fim, o sétimo capítulo apresenta uma reflexão crítica do processo de aprendizagem ao longo do curso, partindo das expectativas iniciais e culminando com o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes e sua importância.

1. Análise Situacional.

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A infraestrutura da unidade está boa no ambulatório, mas não nos consultórios da zona rural, onde neste momento está acontecendo uma reforma de ampliação. Essas unidades não têm as condições para trabalhar com tudo o que precisa um médico, pois faltam macas, aparelhos, mesas de exame ginecológico, oftalmoscópios e otoscópios. Contudo se trabalha com o melhor atendimento à população e por melhores resultados na saúde para elevar o nível de satisfação da população.

A equipe de trabalho ainda não está completa, pois falta um agente comunitário de saúde. Há Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF e Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, e planejam-se as atividades a serem realizadas pelos programas de saúde. Uma farmácia disponibiliza aos usuários do serviço as medicações, porém com poucos recursos disponíveis. A equipe é multidisciplinar e as ações contemplam assistência, promoção e prevenção de saúde, de modo integral.

O Programa Mais Médicos revitaliza a atenção à saúde dos indivíduos, famílias e sociedades, além disso, interagimos com o meio ambiente. Com este marco procuram-se os fatores de riscos das doenças crônicas não transmissíveis para ter um melhor diagnóstico de cada usuário e poder atuar sobre esses fatores de risco, melhorando a qualidade de vida. Os costumes inadequados e hábitos danosos prejudicam a saúde, e o trabalho das equipes de saúde podem melhorar os estilos de vida, ou mesmo desenvolver hábitos de vida saudáveis.

Nas unidades de saúde, além das demandas espontâneas, realizam-se consultas a gestantes, com a participação de médico e enfermeira, executando a atenção à saúde e o controle de possíveis riscos apresentados durante a gravidez e futura criança. Além disso, realizam-se puericulturas, orientação aos adolescentes sobre diferentes temas, e agendam-se consultas para acompanhamento de pessoas com diabetes, hipertensão, tuberculose, com HIV e hanseníase. Realizam-se também exames de prevenção de colo do útero e vacinação, assim como palestras a diferentes grupos de pessoas, por exemplo, gestantes, pessoas da comunidade sobre a coleta do lixo na prevenção do Dengue e outras doenças infecciosas. Os Agentes Comunitários de Saúde fazem visitas domiciliares pelo menos uma vez por

mês em cada domicílio e uma vez por semana se reúne com a equipe na unidade para discutir o que precisa cada área.

Também há trabalho com o Programa Saúde na Escola onde se faz os cuidados clínicos nutricionais, odontológicos e oftalmológicos. E orientações quanto à saúde sexual reprodutiva e promoção de atividades físicas e prevenção em relação ao uso de drogas e prevenção das DTS. Faz-se em conjunto com a educação e promoção social do Programa Bolsa-Família, que beneficia as famílias com vulnerabilidade social, e onde estão presentes os agentes de saúde daquelas áreas. Há ainda a realização de visitas domiciliares a pacientes idosos acamados, pacientes incapacitados, puérperas e recém-nascidos, assim como o atendimento a população rural, geralmente de baixos recursos, que precisam de assistência. A comunidade tem uma boa relação com a equipe básica de saúde mostrado na participação ativa nas atividades educativas em saúde desenvolvidas, assim como também sua participação no diagnóstico e planejamento de ações que permitam mudanças a estilos de vida saudáveis, a equipe conta com bom acolhimento por parte dela.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Simplício Mendes, estado do Piauí, situado ao Nordeste do Brasil, se estende por 1.345,8 km² e conta com uma população de 12.347 habitantes. A densidade demográfica é de 9 habitantes por km², fazendo fronteira com os municípios de Bela Vista do Piauí e Nova Santa Rita. Simplício Mendes se situa a 97 km a Sul-Leste de Oeiras a maior cidade nos arredores, distante 379 km da capital Teresina, cerca de 5h.

O sistema local de saúde tem uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com 6 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 2 equipes de saúde bucal (SB). Portanto, 4 ESF não têm SB. Tem disponibilidade de um núcleo de apoio à saúde da família (NASF), um centro especializado odontológico (CEO), um Hospital Municipal referência para urgência e emergência que brinda atenção às 24 horas do dia, assim como também atendimento de pronto socorro através do SAMU. Muitas especialidades não são oferecidas no município, sendo necessário referenciar o atendimento, encaminhando o usuário. Não temos pediatria, psiquiatria, dermatologia, cardiologia, neurologia, endocrinologia. Exames laboratoriais complementares são realizados, como hemograma, glicemia, fator e Rh, urina,

fezes, determinação de potássio, ureia, creatinina, estudos da função tiroideia, lipidograma, sorologia para VDRL e HIV, teste da toxoplasmose, determinação de imunoglobulinas IgE e IgM, HbsAg e outros, mas existe dificuldade para a entrega dos mesmos, demorando às vezes até um mês, pois só existe um microscópio para o estudo das lâminas. Exames de imagem como raios-X e ultrassom são realizados no município, outros como tomografias são referenciados para o município de Oeiras com agendamento através do SUS. Não se oferece atendimento odontológico para usuários que necessitam prótese dentária, mas em breve este serviço será oferecido à população, e recentemente começou atendimento odontológico especializado para tratamento de canal.

A Saúde da Família no município de Simplício Mendes vem atuando de forma estratégica e integrada, reorganizando a atenção básica da saúde como eixo de reorientação da rede de atenção. Focada na atenção integral das pessoas no contexto familiar e comunitário, promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que as colocam em risco, tornou-se possível compreender o processo de saúde-doença e a necessidade de intervenção, que vão além de práticas curativas no ambiente físico e social familiar. A Unidade Básica de Saúde Ambulatório Municipal Neri de Moura Fé é urbana, integra o SUS, e oferece três turnos de atendimento à população com 100% da população cadastrada, brinda também atenção na zona rural.

Com base no princípio de que as equipes de saúde da família devem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma determinada comunidade, como expressa o Manual de Estrutura de UBS, aí temos uma série de dificuldades, pois é necessário ter recursos, como equipamentos e estrutura, para garantir a ação dos profissionais de saúde na obtenção de resultados. A UBS tem pontos negativos em relação a sua estruturação que influem no trabalho em alguma medida, desde o acesso as referências de atendimentos especializados, até a realização de determinados exames complementares, como exames de imagem. Na unidade não se realizam testes rápidos para HIV, nem sífilis, nem para detecção de alterações patológicas na urina. As citologias são feitas na unidade e levadas a outro centro para seu estudo e demora mais de 30 dias para receber o resultado, exame este muito importante porque segundo a rapidez com que seja recebida assim poderão ser feitas ações de saúde eficientes.

A UBS Ambulatório Neri de Moura Fé tem um ambiente para recepção e arquivo de prontuário, uma sala de espera com capacidade para 30 pessoas, com paredes internas de superfícies lisas e laváveis, os pisos são todos lisos, e não existem barreiras arquitetônicas. A sala de vacinação tem boas condições e na UBS conta com as vacinas dispostas pelo calendário do Programa Nacional de Imunização. Há necessidade de salas de nebulização, de esterilização, de consultórios com sanitários, necessidade de uma sala de depósitos de resíduos sólidos e de proteção das janelas com telas mosquiteiras. Existe disponibilidade dos equipamentos e instrumentais necessários para efetuar o trabalho diário, mas há apenas um oftalmoscópio-otoscópio, e falta autoclave e instrumentais para fazer alguns procedimentos menores. Na consulta de Odontologia são insuficientes os materiais para urgências, não se dispõe de suficientes amalgamadores, nem de instrumental para instalação de próteses e de procedimentos cirúrgicos, nem periodontais. Essas faltas ao final provocam insatisfação aos profissionais de saúde por não conseguirem oferecer um melhor serviço aos usuários.

Na UBS não existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos nem instrumentos, não existe sistema de calibragem de esfigmomanômetros ou balanças. A respeito do abastecimento de materiais e insumos em geral, a quantidade é suficiente, embora existam algumas insuficiências, como de fios de suturas, gazes, material para pequenas cirurgias, para retirada de pontos, solução de Schiller, cadernetas do adolescente e idoso. Em relação aos medicamentos, temos um grave problema da quantidade ser suficiente, e em alguns casos a falta deles, não existem medicamentos fitoterápicos nem homeopáticos, em geral, a disponibilidade é deficiente. Não obstante a todos estes inconvenientes, realizamos ações educativas dirigidas a melhorar a saúde da população através de palestras, e elaboramos planos de ações para enfrentar e solucionar os problemas. Nas áreas rurais do Peador e Moreira a falta de alguns medicamentos, por exemplo, constitui um problema adicional por não ter farmácia disponível na microárea, de modo que estimulamos a comunidade a semear algumas plantas que possam ser utilizadas, como substitutivas de medicamentos em alguma situação determinada.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) conta com 6 equipes de saúde, e atualmente todos os profissionais têm participação ativa no processo de territorialização e mapeamento da sua área de abrangência. Essa era uma

debilidade que existia no processo de trabalho, felizmente revertida com a participação de todos os membros das equipes. Condição muito importante para poder fazer uma adequada promoção de saúde, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, como grupos de agravos. Cabe destacar a pesquisa ativa e prevenção de doenças bucais nas escolas e comunidades realizadas pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais realizaram cuidados em saúde nos diferentes locais do município, onde se fazem atividades para melhorar a saúde da população, em particular atividades de grupo, com participação multidisciplinar. Inclusive com o apoio matricial e ativa participação dos diferentes profissionais nas visitas domiciliares dos casos indicados. É rotina a realização de visitas a usuários faltosos, consultas programadas, expondo aos usuários e familiares a importância de um correto seguimento e suas vantagens. Busca-se envolver todos os profissionais na promoção da participação da comunidade no controle social, aspecto muito importante para o fortalecimento do engajamento público, tema discutido nas reuniões das equipes que se realizam semanalmente, expondo as vantagens de sua aplicação na área de abrangência de cada equipe. Temos participação nas atividades de qualificação profissional todos os membros das equipes, estas atividades são multiprofissional, permitindo a troca de conhecimentos e experiências.

Na UBS Neri de Moura Fé, município Simplício Mendes do estado Piauí, possui uma população total de 12.347 indivíduos, sendo 50,4% do sexo masculino. Como são 6 equipes para atender todos os munícipes, em média são 2.058 pessoas por equipe. A população adscrita de cada equipe está bem abaixo da média de 3 mil habitantes/equipe, recomenda pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria 2.488/2011 (Brasil, 2011). A população na área adscrita está distribuída da seguinte forma: menores de 1 ano, 174; 1 a 4 anos, 385; 5 a 14 anos, 2.249; 15 a 59 anos, 8.242; e 60 anos ou mais, 1.297. Conforme dados censitários do IBGE de 2010, a distribuição proporcional por idade do município é mais jovem, com menos adultos e mais idosos que as proporções para o país. Cabe salientar que o Caderno de Ações Programáticas-CAP produz denominadores para o cálculo de indicadores em conformidade com a distribuição proporcional da média nacional, provocando um viés na análise situacional da área, podendo superestimar valores para os jovens e idosos, e subestimar para os adultos (Brasil, 2014).

O acolhimento do usuário é realizado na recepção pelas recepcionistas e pela equipe de referência do usuário mais equipe do dia e se realiza todos os dias de atendimento da UBS, com ótima escuta de suas necessidades, avaliando-se e classificando-se os riscos biológicos, vulnerabilidade social para definir seu encaminhamento. Existe uma alta demanda de problemas de saúde agudos que são atendidos pelas enfermeiras ou pelos médicos. Busca-se ao máximo lidar com o excesso de trabalho em todos os atendimentos por qualquer causa, seja aguda ou consultas agendadas, continuadas, ou de demanda espontânea. Embora se tenha proposto diminuir o número de atendimentos espontâneos como premissa fundamental da Estratégia de Saúde da Família, aspecto discutido e analisado na reunião da equipe, e onde foram tomadas algumas estratégias de trabalho, como aumentar a pesquisa de doentes na área de atuação com a participação ativa dos agentes de saúde e membros da comunidade na nossa área de abrangência. Mesmo assim os usuários que precisam atendimento imediato, prioritário, são atendidos pelo médico o qual acolhe, faz escuta do problema e encaminha para pronto socorro no hospital, conforme a necessidade. Não existe excesso de demanda para os casos que solicitam consultas para o dentista que precisam atendimento no dia, estes são acolhidos adequadamente e são atendidos usuários da área de abrangência ou não, como também os casos com problemas de saúde que necessitam atendimento imediato, prioritário.

Em resumo devemos lembrar que “a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde, o usuário também define com formas e graus variados o que é necessidade de saúde para ele, apresentando-a enquanto demanda ao serviço de saúde, demanda que deve ser acolhida, escutada, sendo necessária um diálogo de compreensão” (MS, 2011). Ter presente também que as EBS têm que estar abertos para identificar as individualidades de cada caso ou situação que se apresente, estar preparados para acolher os imprevistos e assim poder melhorar e aliviar o sofrimento de cada pessoa, diminuir os riscos, no fim melhorar a vida das pessoas. Os usuários que normalmente tem seguimento continuado pelas ações programáticas também podem apresentar descontrole de sua doença e precisar atenção imediata e é ai quando o EBS deve ficar atento, solucionar o problema e buscar a causa que esta incidindo no descontrole desse usuário.

A UBS Ambulatório Neri de Moura Fé, que atende toda a população do município Simplício Mendes, tem um total de 1.409 crianças de 0 a 6 anos, 174 são menores de 1 ano e 1.235 de 1 a 6 anos, com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com peso e vacinas em dias. Recebem atendimento de puericultura quatro dias da semana em todos os turnos, em acordo com as respectivas crianças da área de abrangência, participando todos os membros das equipes. Após a consulta de puericultura as crianças saem da UBS com a próxima consulta agendada, além disso, faz-se o atendimento a todas as crianças com problemas de saúde agudos. Os protocolos de atendimento de puericultura do Ministério de Saúde são utilizados por todos os profissionais.

Na UBS são desenvolvidas várias ações no cuidado às crianças na puericultura, diagnosticam-se e tratam problemas clínicos, de saúde bucal e mental. Promovem-se hábitos saudáveis alimentares, de higiene bucal, por intermédio de ações educativas que objetivam obter mudanças no estilo da vida, e assim reduzir a morbimortalidade infantil. Todos os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas. O arquivo de registro dos atendimentos de puericultura é revisado semanalmente com o objetivo de identificar crianças faltosas, procedimentos em atraso, crianças de risco, verificando completude de registros, pelo médico, a enfermeira e o coordenador da Saúde da Família.

A caderneta da criança é solicitada e preenchida pelos profissionais nos atendimentos, e orienta-se aos pais sobre importância das consultas agendadas e assim poder fazer uma correta avaliação do crescimento e desenvolvimento, orientando sobre a alimentação. Uma equipe faz o acompanhamento das crianças de famílias participantes do Programa Bolsa Família. Os responsáveis pelo cadastramento são o educador físico, que realiza a medição antropométrica, a enfermeira, a técnica de enfermagem e a nutricionista. Também existem outros programas do Ministério da Saúde como SISVAN Criança, Saúde de Ferro.

As equipes de saúde da UBS realizam atividades com grupos de mães das crianças da puericultura com uma participação de 75 % de mães, estas atividades são realizadas no âmbito da UBS, na associação de bairro/comunitária, em praças. De acordo com o CAP, das 185 crianças menores de 1 ano estimadas, 94% (174) infantis são acompanhados. Apesar da elevada cobertura, os indicadores apontam

que a qualidade da atenção precisa ser melhorada. Assim, dos dados mostram que 66% (115) têm a consulta em dia de acordo com Protocolo do Ministério de Saúde e 37 % (64) realizaram a primeira consulta e o teste de pezinho até 7 dias. É hábito fazer a consulta com um mês de nascido, certamente por uma deficiente informação por parte dos profissionais de saúde e também por falsas crenças existentes na população. Trabalha-se na modificação desta conduta através de orientações nas consultas de pré-natal para lograr melhores resultados. A condição mais crítica é a realização da triagem auditiva, pois não temos fonoaudiólogo. Para melhorar a qualidade de atenção à Saúde da Criança, devem-se conscientizar todos os membros das equipes sobre o potencial do trabalho educativo e na forma em que esta influi na população.

O Sistema de Saúde no Brasil preconiza um atendimento humanizado, integral, em rede, garantindo o padrão de acesso e qualidade. Para aperfeiçoar a realização desses atendimentos é necessário realizar ações de promoção de saúde, como o trabalho ativo e constante com as mulheres em idade fértil, inclusive de risco à concepção. Outra preocupação permanente é a captação precoce de grávidas antes das 12 semanas, para assim oferecer qualidade da atenção ao pré-natal oportuna. Realizam-se atendimentos pré-natais em dois turnos uma vez por semana, a um total de 90 gestantes, 49% das 185 estimadas no CAP. É necessário revisar os procedimentos na rotina da atenção ao pré-natal, como a ampliação da cobertura do pré-natal e da consulta puerperal, bem como da vacinação da gestante (70%) e da avaliação das intercorrências das puérperas (27%).

O primeiro atendimento é realizado pela enfermeira que cadastra na ação programática, investiga e identifica possíveis problemas que possam afetar um bom desenvolvimento da gestação, e quando necessário encaminhá-las para o atendimento especializado. Bem como, identifica também se a gravidez é planejada, desejada, realizam o exame físico, solicita os exames laboratoriais de rotina, e segundo o caso solicita colpocitologia do colo do útero e início ou complementação das vacinas. Os seguimentos posteriores das gestantes são feitos intercalados com os médicos e enfermeiras, e se realizam quinzenal ou mensalmente segundo o risco apresentado. A usuária sempre sai com a próxima consulta agendada.

O acompanhamento das gestantes recebe o reforço de outros profissionais. A assistente social verifica as condições ambientais, o meio em que vivem as grávidas e suas condições econômicas. O educador físico faz atividades de trabalho

corporal, como pilates e alongamentos. A nutricionista tem um importante papel no atendimento no apoio à nutrição saudável, e a prática do aleitamento materno exclusivo. A psicóloga trabalha a prevenção de desequilíbrios psíquicos que podem afetar o desenvolvimento normal da gestação. O seguimento odontológico na atenção e cuidado bucal das grávidas, e se realiza tratamento quando indicado, além de trazer orientações para um melhor cuidado de sua saúde bucal. Com isso, brinda-se com uma atenção mais integral com o objetivo de obter um bom resultado, mas existem algumas dificuldades que precisam ser superadas, como baixo registro de mulheres grávidas com um percentual muito menor que os estimados. Os indicadores que indicam atenção pré-natal devem ser melhorados, pois não sempre pode se trabalhar com o total de gestantes, pois às vezes estas mulheres não se encontram na área e isto impede que, por exemplo, se possa aplicar vacina ou brindar um atendimento específico no momento requerido.

Para melhorar o processo de trabalho deve ocorrer o aperfeiçoamento do registro de todas as mulheres em idade fértil e grávidas e a partir daí classificá-las segundo o risco e atuar para lograr qualidade da gravidez, parto e puerpério. É necessário ter um registro dos partos ocorridos e assim estabelecer parâmetros que permitam elaborar planos de ações para melhorar os atendimentos, além que deve estimular-se a adesão da população as ações de saúde e desta forma por em prática o princípio de engajamento público. Segundo informações do CAP, 95% (2.850) das mulheres de 25 a 64 anos são acompanhadas pelas 6 equipes da unidade. Preocupa alguns indicadores de qualidade, 31% (876) das mulheres acompanhadas têm exame citopatológico em dia e 34% avaliação de risco para CA de cole de útero. Outros indicadores apontam também para cerca de 1/3 do resultado.

Os cânceres de colo do útero e de mama identificados em fase inicial apresenta ótimo prognóstico, de modo que os serviços de atenção primária e suas equipes têm a responsabilidade de fazer ações de saúde encaminhadas ao diagnóstico e tratamento precoce dessas doenças, garantindo atenção à saúde rápida e oportuna. Na UBS as equipes realizam ações de prevenção e promoção de saúde para identificar fatores de risco com o objetivo de fazer o controle e acompanhamento. A enfermeira faz a coleta de exame citopatológico três dias da semana, três turnos, aproveita-se esse momento para prescrever tratamento pelo médico ou pela enfermeira para morbidades correlatas detectadas, como as

doenças sexualmente transmissíveis, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Atividades de grupo são realizadas na própria unidade e em espaços comunitários com a participação dos membros das equipes, assim como nutricionista, educador físico, assistente social, psicólogo. Trabalha-se na promoção de saúde, prevenção e rastreamento para uma detecção precoce para diminuir a incidência de diagnóstico tardio, e também os agentes comunitários de saúde-ACS tem entre outras atribuições manter a equipe de saúde informada a respeito das mulheres em situação de risco. Há deficiências inerentes aos profissionais de saúde, devido a que não existe uma boa informação na população da importância da detecção precoce desta doença através da realização do exame de preventivo, temos que aumentar as atividades educacionais a esse respeito.

A coleta de exame citopatológico é registrada num livro e formulário especial para citopatológico. Existe um arquivo para a guarda organizada dos resultados dos exames, mas está desatualizado pelo atraso no recebimento dos resultados. A enfermeira e técnica de enfermagem fazem a revisão e controle desses registros. O programa de prevenção do câncer de colo do útero é avaliado e monitorado pela enfermeira e coordenador da Saúde da Família, com reuniões mensais utilizando como fonte de dado o SISCOLO, e ao final produzem relatórios dos resultados.

Das mulheres de 50 a 69 anos, 89% (825) é acompanhada para a prevenção do CA de mama, mas os indicadores de qualidade apontam falhas críticas da atenção, especialmente pela impossibilidade de verificar quantas mulheres realizaram a mamografia, e somente 26% tiveram o risco de CA de mama avaliado. A orientação para a prevenção, no entanto, chega a quase 80%. As ações educativas prima pelo reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer, assim como também exame da mama. Estas ações são realizadas pelos médicos e pelas enfermeiras. Todos os membros das equipes estimulam a necessidade de realizar ações de rastreamento do CA da mama, tendo como referência o protocolo de Ministério de Saúde. Ao não dispor de registro sistematizado de resultados das mamografias, isso tem uma influência negativa sobre o trabalho, na medida em que não permite controlar adequadamente os casos afetados. É evidente que existe uma deficiente qualidade dos registros pela falta de dados dificultando fazer ações necessárias acordo com o caso.

Variadas estratégias podem ser implementadas, mas antes creio muito importante ressaltar que todos os profissionais deveram conhecer as ações de

controle do câncer com o objetivo de priorizar os casos segundo risco, vulnerabilidade e desigualdade. Estas estratégias podem ser: identificar os grupos de risco; aumentar o trabalho em equipe e multidisciplinar e especialmente com os ACS, na busca ativa dos casos; aumentar o número de atividades educativas à população; oferecer informações claras e apropriadas a população sobre estas doenças; nas reuniões da equipe planejar atividades para melhorar e mudar hábitos de vida na população comunidade; garantir uma melhor qualidade do registro de informação, aspecto muito importante, pois um correto registro permitirá um melhor seguimento dos casos e assim diminuir ao máximo o número de usuárias faltosas, com atrasos, e também a identificação precoce de casos; e planejar, realizar e discutir as ações realizadas e seu impacto na comunidade. Em resumo o controle dos cânceres do colo uterino e da mama depende de uma atenção básica organizada, qualificada, além de estar integrada a outros níveis de atenção.

O atendimento aos adultos com hipertensão arterial sistêmica-HAS e/ou diabetes mellitus-DM é realizado em todos os turnos dos dias da semana, participando todos os membros das equipes. Várias ações são desenvolvidas no cuidado destes usuários: vacinação, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, saúde bucal, saúde mental, obesidade, alcoolismo e tabagismo, assim como, verificar se existe algum problema social que possa afetar o correto controle da doença. A cobertura das pessoas com 20 anos ou mais acompanhadas pelas 6 equipes da atenção básica do município é de 75% (1.850) para hipertensão e 70% (496) para diabetes. Embora os resultados dos indicadores de qualidade mostrem adequação da atenção.

Dentre as ações de atenção a equipe faz a estratificação do risco cardiovascular dos adultos com HAS e/ou DM através do escore de risco de Framingham. Além de utilizar os protocolos para regular o acesso aos outros níveis da rede de atenção, como o encaminhamento a especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e de pronto-socorro. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, formulários especiais, fichas de atendimento odontológico, fichas de atendimento nutricional e fichas-espelho de vacinas. Mas não há um arquivo específico, sistematizado, dos registros dos atendimentos. Porém, existe o Programa HIPERDIA, com enfermeira e médicos responsáveis pelo cadastramento.

Atividades de grupo são realizadas na unidade e em espaços comunitários, comumente quatro grupos ao mês, com a participação do médico, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, educador físico, nutricionista, psicólogo, odontologista e técnico/auxiliar de consultório dentário. Uma das questões trabalhadas é o reconhecimento de sinais de complicações de HAS e DM, o estímulo de práticas corporais para a saída do sedentarismo, hábitos alimentares saudáveis, a orientação sobre os danos do alcoolismo e tabagismo. Existe planejamento, gestão e coordenação das ações ofertada aos HAS e DM. A equipe e o coordenador da Saúde da Família fazem o monitoramento, em reunião mensal para avaliar e monitorar as ações.

Entre as estratégias para superar dificuldades, envolve a busca pela ampliação da cobertura da ação programática, fazendo um diagnóstico precoce com uma abordagem terapêutica adequada e oportuna. Penso que existem problemas inerentes a nosso trabalho como é a falta de um registro que nos permita conhecer a realidade de nossas equipes, de modo ações devem ser implementadas, tais como: busca ativa de casos; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde nas comunidades; conversar sobre os fatores de risco para estas doenças; ampliar o rastreamento de HAS e DM; e registrar nas fichas de acompanhamento o risco cardiovascular.

Os censos demográficos confirmam o envelhecimento da população brasileira, verificada no aumento expressivo da expectativa de vida. E a atenção básica desempenha papel importante nos cuidados e manutenção da qualidade de vida desse grupo. Segundo as estimativas do CAP são 1.313 pessoas com 60 anos ou mais no município Simplício Mendes, desses 99% são acompanhados pelas equipes. O atendimento ao idoso é diário, nos dois turnos de trabalho. Nestes atendimentos participam a equipe da ESF e do NASF que realiza o acompanhamento clínico e atividades de promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental e imunizações. Também se avalia a capacidade funcional do idoso para conhecer as deficiências ou habilidades para executar determinadas tarefas, do ponto de vista médico, funcional e social. Após a consulta os idosos saem com a próxima consulta agendada. A maior parte dos indicadores de qualidade da atenção está numa condição considerada boa, como 77% de avaliação multidimensional rápida e investigação da fragilização na velhice.

Existe oferta de atendimento os idosos com problemas de saúde agudos, mas não existe excesso deste tipo de demanda, além de que se realizam visitas domiciliares pelos médicos, as enfermeiras, as técnicas de enfermagem e os ACS. Quando necessário com o apoio matricial dos profissionais do NASF. O protocolo de atendimento para idosos é utilizado por todos os membros das equipes e são utilizados para os encaminhamentos para atenção por outras especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento, e de pronto-socorro. Todos os atendimentos são registrados nos prontuários clínico, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional, ficha espelho de vacinas e nas cadernetas de saúde dos idosos, as mesmas são preenchidas pelos médicos, as enfermeiras e técnicas de enfermagem. Realizam-se atividades de grupo na unidade e em espaços da comunidade, com participação multidisciplinar dos membros das equipes. Como deficiências deve-se ressaltar a falta de um arquivo específico para o registro do atendimento dos idosos.

A saúde bucal é parte da saúde geral do indivíduo e em nossa UBS levam-se a cabo diferentes atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, específicas e com atendimento prioritário e desta forma planejar ações e implementá-las, trazendo para o serviço de saúde bucal as demandas da comunidade. Nestas atividades existe participação multidisciplinar das ESF e ESB com responsabilidades de todos os membros, com prioridade as ações preventivas e aos atendimentos individuais dirigidos a grupos específicos e a situação de risco.

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

O texto inicial da situação da APS/UBS resulta superficial comparado ao relatório da análise situacional. A primeira análise foi realizada sem dados e informações de avaliação do funcionamento da UBS ou da atenção ofertada pela ESF. O contrário aconteceu com a segunda análise, ocorrendo mudança substancial, pois houve a produção de um conjunto de dados que trazem mais clareza do funcionamento dos serviços da UBS. Assim é possível fazer uma comparação entre as primeiras impressões sobre a UBS e a realidade existente. Ao início não nos era possível realizar uma análise mais completa e adequada, onde a impressão inicial de boas condições de estrutura física e boa disponibilidade dos recursos não era totalmente verdadeira. O preenchimento dos questionários permitiu

conhecer e identificar variadas limitações na UBS e atenção ofertada, mostrando que a realidade não era bem a que a equipe percebia a princípio. Cursar a unidade 1 e sistematização do relatório resulta na melhor identificação dos problemas, como os que afetam a qualidade dos atendimentos, bem como planejar e executar ações para corrigi-los ou ao menos diminuí-los. O curso é uma ferramenta fundamental neste sentido. Finalmente podemos ver que à medida que avançamos na especialização podemos utilizar os recursos e adquirimos conhecimentos que ajudam a melhorar os atendimentos em geral.

2.1 Justificativa

As ações programáticas agrupam um número de atividades a realizar numa população alvo, dirigidas em seu conjunto a melhorar a atenção e qualidade de vida das pessoas. Na atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes são desenvolvidos cuidados direcionados para o controle de pressão arterial e glicemia, de fatores de risco, bem como ao estímulo de hábitos saudáveis, diminuindo a morbimortalidade das doenças. Com o uso dos protocolos se utilizam estratégias individuais e coletivas para uma abordagem integral do usuário na rede de atenção, que melhore a qualidade do acompanhamento clínico e de promoção à saúde. E assim, alcance impacto no controle dos níveis de pressão arterial e glicemia, e na elaboração de práticas saudáveis de vida (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

A Unidade Básica de Saúde Ambulatório Neri de Moura Fé tem um ambiente para recepção, com sala de espera com capacidade para 30 pessoas, com paredes internas de superfícies lisas e laváveis, os pisos são todos lisos, e não existem barreiras arquitetônicas. A sala de vacinação tem boas condições e na UBS conta com as vacinas do calendário nacional. Existe disponibilidade dos equipamentos e instrumentais necessários para efetuar o trabalho diário, mas há apenas um oftalmoscópio-otoscópio. O abastecimento de materiais e insumos em geral é suficiente, embora existam algumas insuficiências, como material para pequenas cirurgias e cadernetas do idoso. Em relação aos medicamentos básicos temos um grave problema da quantidade ser insuficiente. A unidade tem seis equipes de ESF acompanhando a população 12.347 habitantes do município Simplício Mendes, três deles localizados fora da unidade de saúde. A intervenção tem o apoio e o envolvimento de três equipes. A ESF 1 tem 1.744 pessoas residentes em sua área adstrita, a ESF 3 tem 2.865 pessoas, e a ESF 6 tem 1.738 pessoas, resultando num total de 6.347 habitantes. As equipes estão todas completas, inclusive com equipe de saúde bucal.

Consideradas as três equipes, a população estimada de pessoas com hipertensão é de 1.273 pessoas, enquanto de pessoas com diabetes é de 364 segundo estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP). As três equipes têm 995 hipertensos e 389 diabéticos cadastrados e acompanhados, respectivamente, com coberturas de 78% e 100%. Cabe destacar que as coberturas são variáveis entre as equipes, onde a ESF 6 apresenta as coberturas mais baixas, 50% de hipertensos e 38% de diabéticos. Embora a população acompanhada

receba atenção com qualidade, a cobertura carece de ampliação. As pessoas com hipertensão e/ou diabéticas acompanhadas são em sua maioria idosos. A unidade precisa implementar em sua rotina o rastreamento das pessoas com mais de 20 anos, garantindo o acompanhamento dos indivíduos identificados com esses agravos. Com a participação multidisciplinar dos membros das equipes, são desenvolvidas várias atividades educativas de grupo que inclui a conversa continuada do reconhecimento de sinais de complicações e o estímulo a elaborações de hábitos saudáveis de vida, como as práticas corporais para a saída do sedentarismo, hábitos alimentares saudáveis e a orientação sobre os danos do alcoolismo e tabagismo.

A intervenção facilitará a atualização dos cadastros, a realização do rastreamento para a identificação de casos novos e a implementação da busca ativa de faltosos. Assim como, o ambiente será favorável a ampliação da realização de consultas e exames clínicos e laboratoriais, com a organização do atendimento odontológico e nutricional. Manter o uso da ficha de acompanhamento dos cadastrados, a realização da estratificação do risco cardiovascular e das atividades de promoção da saúde. A UBS enfrenta dificuldades em realizar teste de glicemia capilar pela falta de fitas para testes glicêmicos; assiduidade dos usuários para os cadastros e consultas e a falta ou insuficiência de medicamentos da ação programática. O aspecto que mais fortalece o desenvolvimento da intervenção é justamente a ativa participação e interação das 3 equipes. Com a intervenção pode-se ampliar a cobertura ação programática, mantida a atenção à saúde da população-alvo. O conjunto de ações, que inclua atividades educativas de promoção de saúde nas comunidades, conversas sobre os riscos e complicações, diagnóstico de casos novos de hipertensão e diabetes, pode propiciar uma abordagem terapêutica oportuna e adequada, e desta forma melhorar a saúde e qualidade de vida das pessoas.

2.2 Objetivos e metas.

2.2.1 Objetivo geral.

Melhorar a atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

2.2.2 Objetivos específicos e metas.

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

Meta 1.1. Cadastrar 100 % 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 100 % 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 e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Meta 6.4 Garantir 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

A intervenção foi planejada para 16 semanas, mas foi reduzida e estruturada para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Ambulatório Neri de Moura Fé, no Município de Simplício Mendes, estado Piauí. Participarão da intervenção 741 usuários com Hipertensão Arterial e 407 com Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamentos das Ações.

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

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa

Detalhamento: O monitoramento da cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa ocorrerá semanalmente através da revisão das fichas de cadastro dos agentes comunitários de saúde, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilha próprias para este fim

e disponibilizada pelo curso de especialização. Com a participação de toda a equipe. Avaliar os indicadores de cobertura, analisando-os nas reuniões das equipes e possíveis soluções dos problemas encontrados. Responsáveis: Médico e Enfermeira. Frequência: Semana. Atribuições: Revisão dos registros para proceder a avaliação da cobertura, identificar problemas e dar solução aos mesmos.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço

- Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento; e Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Toda a vez que algum profissional atender a um usuário hipertenso ou diabético a recepção fornecerá a ficha espelho deste usuário junto com o prontuário. O profissional responsável pelo atendimento irá fazer o preenchimento das informações da consulta tanto no prontuário quanto na ficha espelho. Diariamente, os registros de atendimento dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS serão revisados pôr a técnica de enfermagem para que as fichas espelho fiquem completas. Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, primeiramente a equipe receberá capacitação sobre o protocolo de atendimento adotado e será definido os profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento. Será organizada a agenda de consultas médicas e de enfermagem, a fim de organizar as consultas de retorno e as primeiras consultas encaminhadas pelos agentes de saúde e também da demanda espontânea. Para os usuários que vierem a UBS com queixa aguda relacionada a sua patologia será garantida consulta no mesmo dia. Será solicitada a Secretaria Municipal de Saúde a aferição dos esfigmomanômetros, manguitos e dos aparelhos de hemoglicoteste, assim como serão solicitadas fitas para a aferição da glicemia capilar e fita métrica para as medidas de circunferência abdominal e braquial.

Ações no eixo Engajamento Públicas.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa; a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, e 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: Os agentes de saúde serão capacitados, inicialmente para informar a comunidade sobre o programa na UBS e sobre a importância de realizar a medida da pressão arterial, assim como os fatores de risco da doença e também do diabetes. Também serão desenvolvidos folders informativos sobre as patologias. Serão organizadas atividades educativas em sala de espera explicando sobre as formas de prevenção das doenças e seus principais sintomas e complicações, assim como também nos grupos existentes na UBS.

Ações no eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos; Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste.

Detalhamento: antes do início da intervenção, a equipe será capacitada pela enfermeira sobre os cuidados na verificação da pressão arterial e na verificação do hemoglicoteste, assim como seus valores de referência. Os ACS serão capacitados pela enfermeira e pelo médico quanto ao preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas.

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

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico; o número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo e periodicidade recomendada; o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; e os usuários que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Para o monitoramento a realização de exame clínico dos pacientes com HAS e DM será coletada numa planilha de coleta de dados e o registro será feito em todas as consultas pelos médicos e enfermeiras utilizando a ficha específica do programa. Para o monitoramento os pacientes com HAS e DM serão coletados numa planilha de coleta de dados para identificar os exames solicitados. O monitoramento da periodicidade será realizado examinando os registros na ficha espelho mensalmente.

O gestor municipal irá garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia como prioridade. Avaliados a necessidade de atendimento

odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos durante as consultas médicas e de enfermagem.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade; Garantir a solicitação dos exames complementares e a agilidade para a realização dos exames com o gestor municipal; Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados; Realizar controle de estoque (incluindo validade) e um sistema de registro das necessidades de medicamentos; Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica.

Detalhamentos:

Será responsável e feito por pela médica e enfermeira em todas as consultas. Realizar as capacitações dos profissionais em horário estabelecido para eles com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Organizar as consultas com todos os profissionais para que fluísse bem. Colocar a versão digital e impressa atualizada do protocolo na unidade de saúde. Identificar todos os pacientes com HAS e DM que assistam a consulta e não estão atualizados com o protocolo. Articular com o gestor a prioridade da realização dos exames complementares definidos no protocolo. Organizar os serviços de coleta de exames para lograr eficiência aos pacientes com HAS e DM. A técnica de farmácia irá manter estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Elaborar e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Organizar as consultas com os profissionais presentes para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Avaliar as necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos que precisem deste serviço.

Ações no eixo Engajamento Público:

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

periodicamente; a necessidade de realização e periodicidade de exames complementares; ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a necessidade de realização de exames complementares. Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes e a comunidade quanto a esses direitos e possíveis alternativas para obter este acesso. Realizar palestras nas comunidades para orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe para: a realização de exame clínico apropriado; seguir o protocolo adotado; a realização a atualização do profissional no tratamento da hipertensão/diabetes; a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamentos:

Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Aproveitar às reuniões que realizam se na UBS e capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Aproveitar às reuniões que realizam se na UBS e realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes assim como capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamentos:

Para o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas protocolo (consultas em dia) serão coletados numa planilha as informações para acompanhar o cumprimento das consultas.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamentos:

Planejar visitas domiciliares e sejam realizadas por profissionais da equipe para buscar os faltosos às consultas. Incluir na agenda estabelecida o acolhimento dos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Ações no eixo Engajamento Públicas.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão; Esclarecer as pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para 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 e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

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

Detalhamentos:

Aproveitar as reuniões realizadas na UBS e capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamentos:

Para o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde serão coletados em todas as consultas numa planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa.

Ações no eixo 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.

Detalhamentos:

Levar um estrito controle para manter as informações do SIAB atualizadas. Se realizará a ficha de acompanhamento com os dados que sejam necessários. Estabelecer estrito controle por parte da equipe para levar o registro das informações.

Estabelecer estrito controle por parte da equipe para levar o registro das informações.

Será responsável o médico, a enfermeira e informático da equipe para o monitoramento dos registros. Será utilizada a planilha de coleta de dados e será avaliada mensalmente para se obter o controle e identificar as situações de alerta.

Ações no eixo Engajamento Público.

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

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário; e no registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamentos:

Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamentos:

Realizar nas primeiras consultas a estratificação de risco cardiovascular em todos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco; e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamentos:

Levar controles mais periódicos aos pacientes avaliados como de alto risco. Estabelecer a agenda para o atendimento desta demanda.

Ações no eixo Engajamento Público.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como exemplo respeito a alimentação.

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer aos pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Ações no eixo 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 do pés, no caso

de diabéticos); a importância do registro desta avaliação; quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamentos:

Aproveitar às reuniões realizadas na UBS e capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional; atividade física regular; sobre riscos do tabagismo; e higiene bucal.

Detalhamentos:

As orientações das consultas de enfermagem, médica e do dentista serão registradas na ficha espelho e passadas para a planilha de coleta de dados, a qual possibilitará fazer o monitoramento das informações passadas.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamentos:

Estabelecer materiais necessários e profissionais responsáveis. Bem como programas as datas das atividades e sua divulgação. Estabelecer parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades de orientação da atividade física e articular com o gestor para priorizar a presença do nutricionista nestas atividades. O gestor devera comprar os medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Responsabilizar a participação do odontologista na realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos já seja em nível individual como coletivas.

Ações no eixo Engajamento Público:

Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e higiene bucal.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre: práticas de alimentação saudável; metodologias de educação em saúde; a promoção da prática de atividade física regular; o tratamento de pacientes tabagistas; e higiene bucal.

Detalhamentos:

Realizar palestras nas comunidades para orientar hipertensos e /ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Proporção de hipertensos cadastrados no 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Proporção de diabéticos cadastrados no 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 em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número 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 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:

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

Denominador: Número total de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de avaliação odontológica:

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na 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 avaliação odontológica:

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na 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 à consulta médica com busca ativa:

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica 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 3.1 Proporção de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa:

Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica 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 de 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 de 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 sobre alimentação saudável:

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

Denominador: Número total 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 sobre alimentação saudável:

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

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

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 sobre prática de atividade física:

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

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

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 sobre prática de atividade física:

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

Denominador: Número total 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 hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total 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 diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total 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 hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total 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 diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

A implementação da intervenção tem dois protocolos como referência para a organização da atenção básica, os manuais técnicos de hipertensão arterial-HAS e diabetes mellitus-DM do Ministério da Saúde, 2013. Os impressos utilizados são o prontuário clínico e a ficha de Hipertensão, disponíveis na Unidade Básica de Saúde, assim como também a planilha de coleta de dados e a ficha espelho disponibilizadas pelo curso. Com esses instrumentos não permitem a coleta de informações sobre classificação do risco, saúde bucal, nutricional, nem hábitos de uso de tabaco ou alcoolismo, um livro de registro será utilizado para a coleta desses dados.

A organização do registro específico do programa ficará sob a responsabilidade da enfermeira e a técnica de enfermagem, que revisaram o livro de registro para identificar todos os hipertensos e diabéticos acompanhados pela UBS. Os trabalhadores da saúde localizam todos os prontuários, transcrevendo ao livro toda a informação disponível. Além disso, anotam-se as atividades em atraso, como consultas, exames laboratoriais, e avaliação nutricional e bucal.

Várias ações para a implementação do projeto de intervenção terão participação ativa todos os membros das equipes. Uma das mais importantes é a qualificação da prática clínica. A médica, coordenadora da intervenção, realizará

junto com a enfermeira as ações de capacitação. O estudo do manual será individual e logo o conteúdo será conversado em equipe. Temas de estreita relação com as atribuições específicas de cada disciplina serão de responsabilidade de apenas um dos profissionais, como as técnicas de verificação da pressão arterial, incluindo uso adequado do manguito, e a realização do hemoglicoteste pela enfermeira; e o manejo das intercorrências referentes ao diagnóstico e tratamento. As capacitações ocorreram no local de reuniões do Centro Especializado Odontológico-CEO, próximo da UBS, aproveitando o horário da reunião da equipe.

O monitoramento da ação programática dependerá de um conjunto de ações realizadas pela equipe. Os Agentes Comunitários de Saúde-ACS trabalharão no cadastro nominal das pessoas com hipertensão e/ou diabetes para compor um livro de registros, permitindo um retrato atualizado e mais próximo da realidade. O levantamento de casos será entregue semanalmente a técnica de enfermagem, responsável pela sistematização e organização do livro. A enfermeira revisará os prontuários clínicos, fichas de Hipertensão e livro de registro, identificando condições críticas ou falhas no acompanhamento, como usuários faltosos ou com exames laboratoriais em atraso. Sob a coordenação da médica e enfermeira, a análise dos indicadores de cobertura será avaliada nas reuniões das equipes, acordando possíveis soluções dos problemas encontrados.

O Acolhimento é de responsabilidade das recepcionistas e técnica de enfermagem para informes gerais do atendimento, nos turnos de atendimento, todos os dias da semana, e posterior encaminhamento para as consultas. Usuário com sintomatologia suspeita de HAS e/ou DM serão atendidos no mesmo turno para ampliar a cobertura para estas doenças, assim como os hipertensos e diabéticos com problemas agudos de saúde para evitar qualquer intercorrência. Os hipertensos e diabéticos sairão da UBS com na próxima consulta agendada.

O engajamento da comunidade será fortalecido por meio de variadas ações de responsabilidade da médica e enfermeira. A principal delas é a realização de palestras educativas e atividades de promoção de saúde na UBS, nas comunidades e praças, com a participação da população em geral. Será o momento para a abordagem de temas específicos sobre hábitos alimentares saudáveis, orientação sobre os danos do alcoolismo e tabagismo e práticas corporais. Além disso, apresentar os resultados da intervenção, como a adesão dos usuários às consultas, índices de cobertura. Estas atividades se realizaram com uma frequência semanal,

nas tardes e às vezes à noite, segundo as características da população agendada para esta atividade. Participaram os membros das equipes: médicos, enfermeiras, técnica de enfermagem, ACS, nutricionista e educador físico. Também em certas ocasiões com a participação e apoio da Secretaria de saúde. Na oportunidade a equipe buscará o apoio da comunidade para difundir a necessidade de atendimento prioritário dessa população.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas.

A ação programática de atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS Ambulatório Neri de Moura Fé, cidade Simplício Mendes no Piauí, resultou inicialmente em um grande desafio, e em certos momentos impossível, por envolver três equipes da ESF do município, mas que se tornou exequível com o apoio dos gestores da saúde e prefeitura, e com a participação direta e apoio da comunidade que acolheu com muito entusiasmo a intervenção, envolvendo-se em cada uma das atividades e nas ações em saúde.

As ações desenvolvidas incluíram capacitações dos membros das equipes para o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, sobre o conhecimento dos protocolos da UBS e estabelecer o papel de cada profissional envolvido no projeto, assim como também aos ACS relacionada com a busca ativa destes usuários que estiveram faltosos as consultas. Também se contatou as lideranças comunitárias onde se explicou as atividades planejadas e a necessidade de apoio e participação, explicamos para eles a importância que tem o rastreamento dessas duas doenças, e os benefícios do diagnóstico e tratamento adequados para evitar complicações que afetam a qualidade de vida das pessoas. A conversa se desenvolveu de forma interativa com entusiasmo de todas as pessoas participantes, e ambas as partes expuseram suas preocupações, dúvidas, e definimos pautas a seguir para cumprir com êxito o projeto. Esta atividade de contato com lideranças comunitárias foi desenvolvida nas três equipes, redundando em ótimos resultados.

Em acordo com o cronograma, começamos, não necessariamente nessa ordem, com o cadastramento de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, busca ativa de usuários faltosos, atendimento clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, contato com lideranças da comunidade,

realização de grupos de hipertensos e/ou diabéticos, e outros. Dessa forma, semanalmente cumprimos com as diversas atividades programadas, sem deixar de fazer as outras atividades correspondentes a nosso trabalho. Durante todo este tempo apresentamos diferentes problemáticas, por exemplo, na segunda semana de intervenção nos demos conta que os médicos das outras duas equipes não estavam cooperando o suficiente necessário, e foi preciso ter uma conversa com eles e logo tivemos seu total apoio e juntos conseguimos a realização de todas as atividades previstas.

Com o grupo de HIPERDIA realizamos várias atividades de comunicação, conversando sobre a importância das consultas, as preocupações dos profissionais por sua saúde, e os usuários tiveram a oportunidade de colocar suas queixas e experiências, esclarecendo dúvidas, mitos e crenças, e sentimos a necessidade de oferecer mais e melhor educação em saúde. Em um dos encontros reunimos dois grupos de áreas diferentes, em colaboração da Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal para o transporte dos usuários da zona rural. O resultado do encontro foi muito interessante, falamos sobre as doenças, complicações, importância do seguimento em consulta para a avaliação integral. Além da troca de experiências, das inquietudes e anedotas percebemos um clima de confiança e interesse e maior conhecimento sobre as doenças, este último aspecto de grande importância, pois na medida em que conheçam mais acerca das doenças, melhoram as práticas de autocuidado.

Palestras educativas em saúde foram realizadas nas comunidades, inclusive em praças, e em todas as atividades realizadas estiverem presentes os membros das equipes. Nessas atividades muitas vezes participaram pessoas da comunidade que não apresentavam hipertensão e/ou diabetes, com os quais fizemos trabalho preventivo falando acerca dos danos sobre a saúde de hábitos não saudáveis como tabagismo e alcoolismo, e também falamos sobre a necessidade de uma alimentação saudável e os benefícios da prática de exercícios físicos para a saúde. É importante assinalar o aumento das consultas e seguimento em odontologia de hipertensos e diabéticos devido às atividades educativas realizadas pelo serviço odontológico.

Nas primeiras semanas, nem todas as ações programadas foram desenvolvidas integralmente, posto que apresentamos dificuldades com o fornecimento de medicamentos do Hiperdia e com alguns recursos, sobretudo nos

dois consultórios da área rural, como a falta de fitas para realizar o hemoglicoteste. Motivos pelos quais conversamos com o gestor municipal e explicamos a necessidade de ter todos os recursos para lograr cumprir com êxito a realização das atividades programadas, logo as demandas foram atendidas, e conseguimos continuar adiante com a intervenção graças ao trabalho em equipe, pois todos interagiram aplicando o princípio do engajamento público e com total apoio dos gestores da saúde. É válido assinalar que as avaliações clínicas das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área rural da Unidade de Saúde de Moreira foram feitas na UBS Ambulatório Neri de Moura Fé, pois este posto ainda continua em construção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.

As ações previstas a partir da semana 13 não foram desenvolvidas nesse momento, pois o curso foi reduzido a 12 semanas de intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

Na coleta de dados não apresentamos dificuldades, mas sim no fechamento das planilhas e cálculo dos indicadores, sobretudo no total de cada mês, mas com a constante ajuda de meu orientador finalmente foi realizada corretamente. Honestamente eu não entendia como era, e agradeço a paciência dele.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço é uma realidade, há um bom cadastramento dos usuários com diabetes e/ou hipertensão, com boas práticas de avaliação integral, demonstrado pela evidente melhora na qualidade da atenção, pois temos logrado que os profissionais envolvidos participem ativamente no acompanhamento de cada usuário, ou seja, temos conseguido fazer um efetivo trabalho em equipe, cujas equipes se mostram responsáveis pelo cuidado

de cada um dos usuários. Pensamos que a busca ativa de casos novos e de usuários faltosos constituem aspectos importantes que devem estar sempre presentes, assim como também não identificamos inconvenientes para que o projeto continue sendo implementado na rotina do serviço. Todos estes resultados da intervenção foram analisados nas reuniões das equipes e informados a coordenadora da UBS, assim como também quando apresentávamos qualquer dificuldade ou carência com os recursos.

4. Avaliação da Intervenção.

4.1 Resultados.

É importante salientar que as populações-alvo de pessoas com hipertensão ou diabetes estimadas pelo CAP e PCD diferem em números absolutos, de modo que os números apresentados na análise estratégica não correspondem aos trabalhados nessa sessão de análise.

As três equipes da Saúde da Família acompanharam 741 (74,5%) dos 995 usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS, estimados pela planilha de coleta de dados (PCD) para essas equipes nos três meses de intervenção.

Relacionado com o objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, com metas fixadas para o 100% de cadastrar as pessoas com HAS e DM, no primeiro mês a cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão foi 24,9% (n=248), 48,6% (n=484) no segundo mês, e no terceiro mês foi de 74,5% (n=741). Apesar de a cobertura ter aumentando à medida que as semanas passavam, não conseguimos alcançar a meta estabelecida de 100%. Certamente essa foi uma meta audaciosa, difícil de alcançar num período tão curto, de apenas três meses (Figura 1).

As equipes da UBS acompanharam 100% (n=407) das pessoas com diabetes residentes na área da UBS durante a intervenção, segundo dados estimados pela PCD. A cobertura do programa aumentou progressivamente, avançando de 23,8% (n=97) no primeiro mês, e 61,4% (n=250) no segundo. E ao final, a meta de 100% foi alcançada (Figura 2). O resultado deixou a todos satisfeitos. Isto foi possível graças a um efetivo trabalho em equipe com a constante busca de usuários faltosos pelos agentes comunitários de saúde e pelo trabalho desenvolvido por todos os membros vinculado com a comunidade, além delas

atividades educativas em saúde realizadas, além de contar também com o apoio dos gestores de saúde e governo municipal.

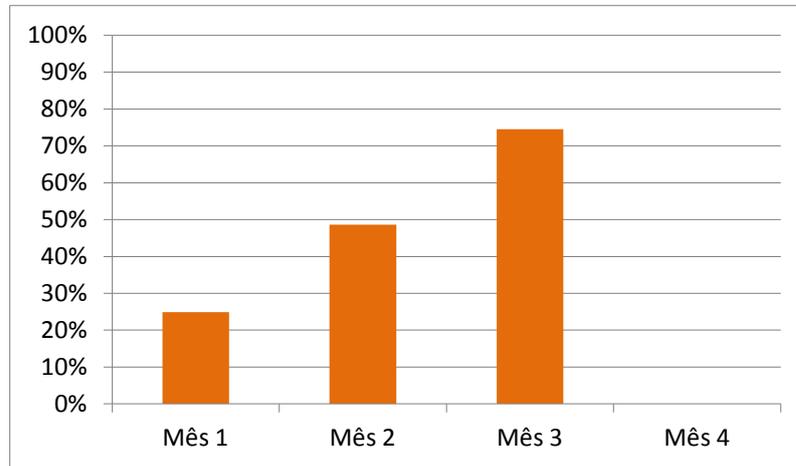


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde

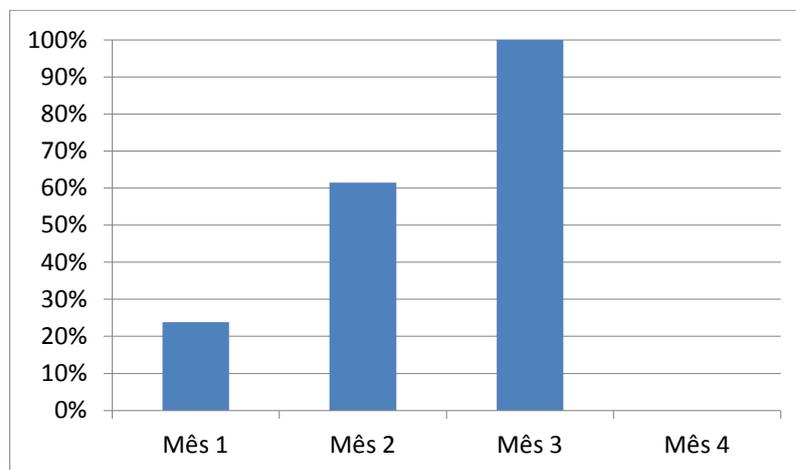


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde

Quanto ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, as metas foram todas fixadas em 100%.

Com relação a realizar exame clínico apropriado em hipertensos os resultados ficaram bem próximos da meta nos três meses de intervenção. No primeiro mês foi 99,6% (n=247), no segundo mês 99,8% (n=483) e no terceiro mês

completamos 740 usuários (99,9%) (Figura 3). Esses resultados foram possível pela correta utilização dos protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde por todos os membros das equipes responsáveis pelos atendimentos, garantida pela capacitação. Além de desenvolver várias ações como o monitoramento do número de hipertensos com exames clínicos solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. De tal forma realizamos exames clínicos ao usuário com hipertensão, utilizando para o registro a ficha específica do programa em todas as consultas médicas e de enfermagem, garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos) na unidade de saúde.

A meta de 100% dos usuários com diabetes acompanhados com exame clínico apropriado esteve muito próxima de ser obtida, no primeiro mês foi 99% (n=96), no segundo mês 99,6% (n=249) e no terceiro mês completamos 99,8% (n=406) dos usuários (Figura 4). O desempenho desse indicador tem também relação com a capacitação das equipes com base nas linhas de conduta dos manuais do Ministério da Saúde, o monitoramento da evolução da ação, coletando os dados numa planilha a partir dos registros feitos em todas as consultas pelo médico e enfermeira em impressões específicos do programa. Além disso, foi garantido o material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, assim como também as fitas para a aferição da glicemia capilar e fita métrica para as medidas de circunferência abdominal e braquial.

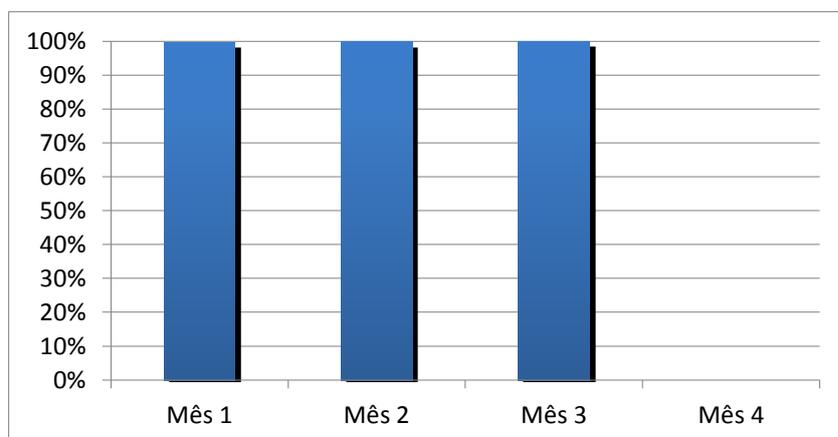


Figura 3 - Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínica em dia

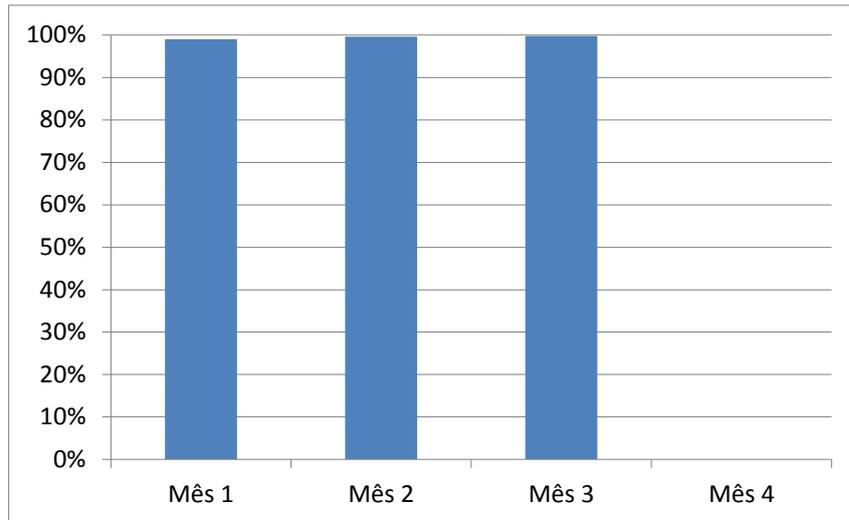


Figura 4. Proporção de usuários com diabetes com exame clínico

Garantir que 100% dos hipertensos realizem exames complementares em dia foi outra meta de qualificação da atenção. Novamente alcançamos ótimo desempenho, porém sem atingir a meta, no primeiro mês de intervenção alcançamos 97,2% (n=241), no segundo mês aumentamos para 98,6% (n= 477) e no final do terceiro mês alcançamos 99,1% (n=734) dos usuários com os exames complementares em dia (Figura 5). Aqui foi de grande ajuda o trabalho dos agentes comunitários de saúde que convencia os usuários a comparecer às consultas com os exames realizados. A certa demora nos agendamentos para a realização dos exames pode ter afetado os resultados.

A meta de garantir o 100% dos diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo não foi obtida totalmente, embora se tenha alcançado valores muito próximos do planejado. No primeiro mês foi de 97,9% (n=95), aumentando no segundo mês a 99,2% (n= 248) e no terceiro mês completamos o 99,5% (n= 405) dos usuários com exames realizados (Figura 6). Essa meta também foi influenciada pela demora nos agendamentos para a realização dos exames complementares.

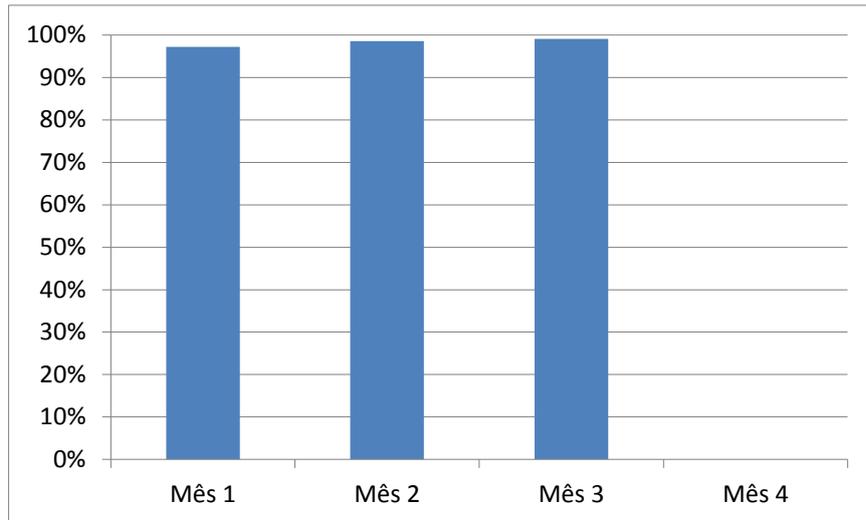


Figura 5. Proporção de hipertensos com exames complementares

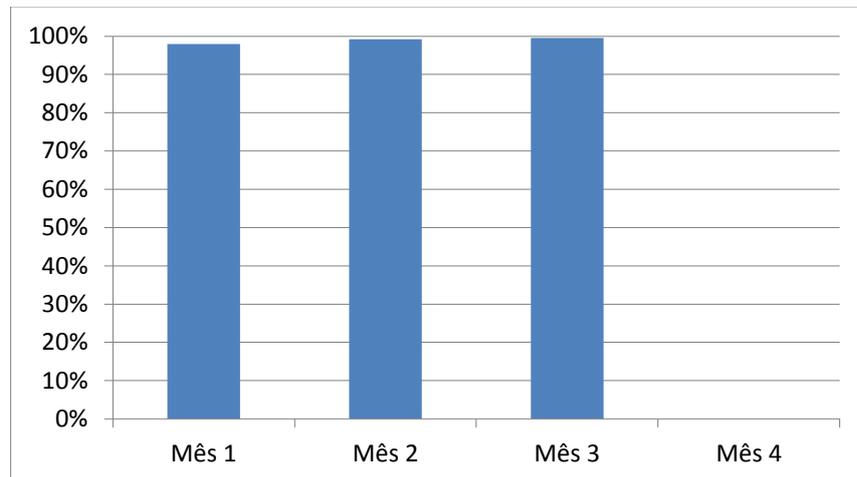


Figura 6. Proporção de Diabéticos com exames complementares

Quanto a meta de prescrever os medicamentos da farmácia popular para o 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, podemos verificar a evolução nos resultados ao longo dos três meses de intervenção. No primeiro mês 67,3% dos usuários (n=167) receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, aumentando no segundo mês para 79,1% (n=383) e no terceiro alcançamos 83,7% (n=620) de pessoas hipertensas com medicamentos da farmácia popular (Figura 7). Mesmo com as dificuldades enfrentadas com o fornecimento dos medicamentos, tivemos um aumento progressivo de usuários que fazem uso de medicamentos da Farmácia Popular.

De igual modo, foi prioridade a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Podemos

verificar por meio do indicador que no primeiro mês de intervenção obtivemos 64,9% (n= 63) dos diabéticos com prescrição da farmácia popular, no segundo mês chegamos a 81,6% (n= 204) e no terceiro mês concluímos com 84,5% (n=344) de usuários fazendo uso da medicação da farmácia popular (Figura 8). Observamos que acontece o mesmo que com os usuários que apresentam hipertensão arterial, em relação com o fornecimento dos medicamentos necessários para o controle das doenças. Devemos observar ainda que nem todos os casos exigem o uso da medicação, pois alguns usuários conseguem fazer o controle da enfermidade mais leve com dieta e exercício físico, especialmente no grupo de usuários com somente hipertensão.

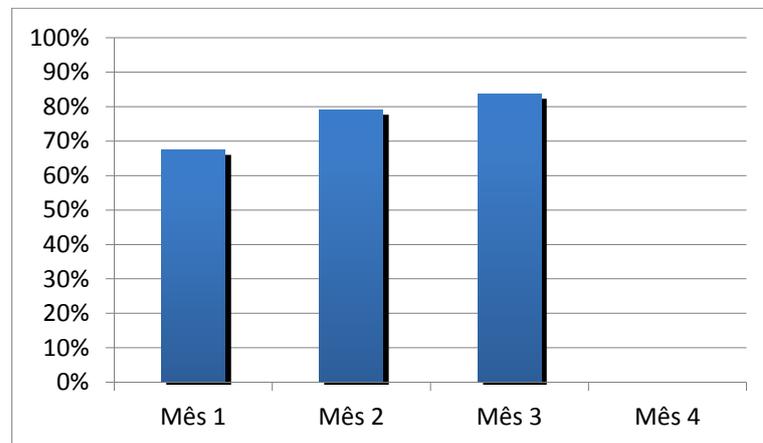


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular

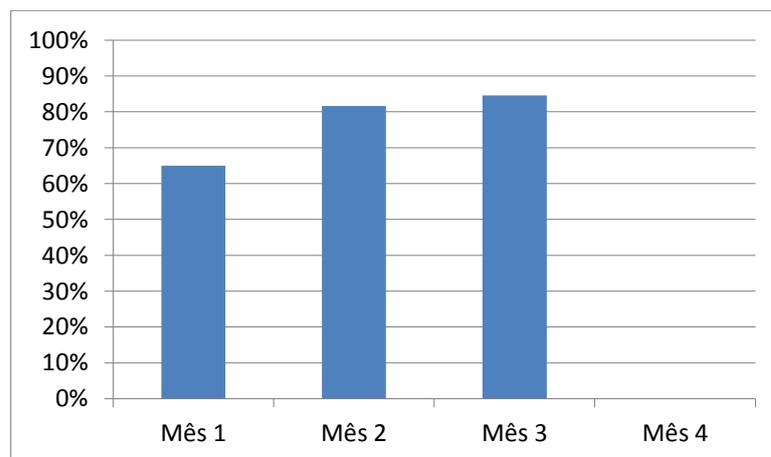


Figura 8. Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas pela UBS ao longo do três meses, alcançando plenamente a meta traçada. No primeiro foram 248 hipertensos e 97 diabéticos, no segundo mês 484 e 250, concluindo o terceiro mês com 741 hipertensos e 407 diabéticos avaliados para a necessidade de atendimento odontológico. Resultado alcançado pela garantia da presença de profissionais para avaliação da necessidade de atendimento odontológico, assim como, pela capacitação das equipes para avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos hipertensos.

Com o objetivo melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa planejamos a busca ativa de 100% de usuários faltosos às consultas acompanhados pela UBS. A meta foi plenamente atingida nos três meses de intervenção entre os usuários hipertensos e diabéticos. No primeiro mês realizamos a busca ativa de 30 hipertensos e 11 diabéticos, no segundo mês foram 54 e 18 usuários e no terceiro mês 70 hipertensos e 19 diabéticos. Temos que destacar neste aspecto o trabalho realizado pelos agentes comunitários de saúde nas diferentes áreas adstritas, possibilitando a recuperação de usuários faltosos, além das orientações de educação informativas realizadas nas comunidades para orientar sobre a importância da realização das consultas programadas.

Para alcançar o objetivo de melhorar o registro das informações estabelecemos como meta manter o registro adequado de 100% das fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Entre os usuários hipertensos os valores ficaram ligeiramente abaixo da meta, com 98% (n=243) no primeiro mês, 99% (n= 479) no segundo e 99,3% (n=736) no terceiro mês (Figura 9). Como se observa nem todos os usuários estavam com o registro adequado, mas foi organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta relacionado ao atraso na realização de consulta de acompanhamento. No entanto, no grupo de usuários com diabetes conseguimos 100% de registros adequados nos três meses da intervenção, 97 usuários no mês 1, 250 no mês 2 e 407 no mês 3.

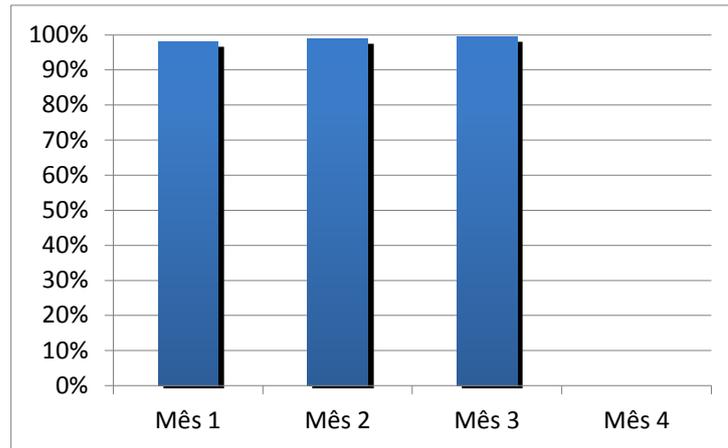


Figura 9. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

O objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi trabalhado por meio da estratificação do risco cardiovascular. A equipe conseguiu realizar essa avaliação para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde durante toda a intervenção, alcançado a meta estabelecida. No primeiro mês foram 248 hipertensos e 97 diabéticos, no segundo mês foram 484 e 250 usuários e no terceiro mês 741 usuários hipertensos e 407 diabéticos. Cabe salientar que alguns casos foram necessários encaminhamentos ao cardiologista para avaliação. Foram realizadas palestras nas comunidades para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, bem como, esclarecer a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Além disso, se capacitou a equipe quanto a estratégias para o controle dos riscos modificáveis.

A equipe trabalhou o objetivo relacionado com a promoção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes fazendo atividades de educação sobre variados temas relacionados a saúde e o controle da hipertensão e diabetes, incluindo a orientação nutricional, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. E todos os usuários com hipertensão e diabetes receberam essas orientações de promoção de estilos de vida saudável, alcançando a meta traçada de 100%. Nessas atividades contamos com a participação de todos os membros das três equipes de saúde da família.

4.2 Discussão

Com a intervenção o serviço obteve uma melhora dos registros e da qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos de forma geral, por intermédio da realização de uma avaliação integral que permitiu entre outras coisas avaliar o risco cardiovascular, detectar algumas complicações, e também trabalhar a prevenção com a realização de várias ações educativas em saúde.

A intervenção exigiu a capacitação das equipes de saúde da família, segundo os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde, relacionada com o rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento do usuário. Com as visitas diárias realizadas pelos agentes comunitários de saúde se explicou aos moradores os sintomas das doenças e a importância de fazer as consultas de seguimento. Nas consultas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes foram acolhidas pelas recepcionistas e membros da equipe do dia e quem juntos preencheram os prontuários clínicos de cada usuário, para que em seguida as técnicas de enfermagem registrassem o peso, estatura, perímetro braquial, pressão arterial, resultado do hemoglicoteste e IMC, posteriormente esses dados foram anotados nas fichas-espelho. Logo em seguida as pessoas seguiam para a consulta onde se realiza o histórico da doença, exame físico detalhado e avaliação dos resultados dos exames complementares previamente solicitados, e nos casos que foram necessários, segundo o protocolo, se indicavam novos exames. A consulta era a oportunidade de se adequar condutas específicas para cada caso, por exemplo, ajustar as doses dos medicamentos e encaminhamento para avaliação por especialista. Em cada atendimento os profissionais davam orientações referentes à prevenção e controle das doenças. Isso provocou um impacto geral na organização e processo de trabalho, com ações integradas na rotina do serviço a todos os usuários de nossa comunidade. O serviço avançou no cadastramento das pessoas com diabetes e/ou hipertensão, com boas práticas de avaliação integral demonstrado pela melhoria na qualidade da atenção, em que cada um dos profissionais envolvidos conhece seu papel e participe ativamente no acompanhamento de cada usuário. A intervenção impactou de maneira positiva em outras ações programáticas, por exemplo, na atenção ao pré-natal e saúde da criança.

Embora ainda não seja possível verificar grandes mudanças nos estilos de vida da comunidade e a cobertura da ação programática não tenha atingido a todos que têm diabetes e/ou hipertensão, percebemos que existe um maior conhecimento

sobre as doenças. E o maior conhecimento acerca das doenças é o primeiro passo para melhor as práticas de autocuidado. Em geral os usuários diabéticos e hipertensos mostram-se satisfeitos com a prioridade do atendimento embora gere problemas de insatisfação na sala de espera, pois nem todos os membros da comunidade conhecem a causa da prioridade nestes casos.

Caso tivesse a oportunidade de reiniciar a intervenção, teria como prioridade dar maior uso à análise situacional com discussão de todas as atividades planejadas e desenvolvidas com as equipes, aumentar as atividades educativas em saúde na comunidade com vistas a promover melhores estilos de vida por meio de ações educativas sobre temas destinados a prevenir e promover saúde, contudo, como no momento temos um efetivo trabalho nas equipes, podemos aperfeiçoar essas questões, superando falhas.

A incorporação do projeto de intervenção à rotina do serviço é real como foi descrito anteriormente, demonstrado pela evidente melhora na qualidade da atenção, pois temos logrado que cada um dos membros das equipes se mostrem responsáveis pelo cuidado de cada um dos usuários e isto tem sido conseguido através de trabalho em equipe eficaz. Permanece o objetivo de ampliar a cobertura a todos os usuários com hipertensão e diabetes, e minha equipe em particular pretende programar a atenção ao pré-natal e saúde da criança, é válido assinalar que já há algum tempo estamos trabalhando nisso e agora com a experiência da intervenção pensamos que será muito mais fácil.

5. Relatório da intervenção para gestores.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus são doenças muito frequentes no mundo e no Brasil, que constituem um grave problema de saúde, econômico e social, pois ocasionam alto número de mortes, com elevado custo do tratamento das doenças e suas complicações, e impacto na vida dos doentes, a família, amigos e comunidade. Os profissionais de saúde devem então identificar comportamento de risco, fazer o diagnóstico precoce e indicar o tratamento oportuno, implementando estratégias de controle através da adoção de medidas que promovam saúde para prevenir ou retardar o aparecimento dessas doenças.

Com base nessa concepção, o projeto de intervenção de melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes foi executado num período de 12 semanas com o envolvimento das equipes 1, 3 e 6 da Estratégia Saúde da Família, que contou com a participação da comunidade, e o apoio do gestor e gerentes da saúde, e prefeitura. As três equipes possuem 995 usuários com hipertensão e 407 com diabetes, o rastreamento permitiu a identificação de casos novos de diabetes que não estavam cadastrados. Num período tão curto, de apenas três meses, as três equipes acompanharam 74,5% (n=741) dos usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS, e 100% das pessoas com diabetes. Em relação aos diabéticos as equipes da UBS acompanharam 407 pessoas com esta doença residentes na área da UBS, a cobertura do programa aumentou progressivamente e ao final, a meta de 100% foi alcançada. O resultado alcançado foi possível graças a um efetivo trabalho em equipe com a constante busca de usuários faltosos pelos agentes comunitários de saúde e pelo trabalho desenvolvido por todos os membros vinculado com a comunidade.

O desempenho obtido com a ação programática revela a qualidade da atenção prestada pelas equipes, que foram capacitados para o uso e aplicação das

diretrizes do protocolo de atendimento. O serviço conseguiu realizar o exame clínico apropriado em 99,9% (n=740) dos hipertensos e 99,8% (n=406) dos diabéticos, e algumas condições materiais contribuíram com esse resultado, como a garantia de recursos materiais para a adequada verificação da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos), aferição da glicemia capilar (fitas de hemoglicoteste) e medição da circunferência abdominal e braquial (fita métrica). O trabalho em equipe permitiu que 99,1% (n=734) dos hipertensos e 99,5% (n= 405) dos diabéticos apresentassem a realização de exames complementares em dia. Em menor proporção, mas ainda assim com relevante resultado, a prescrição de medicamentos da farmácia popular chegou a 79,1% (n=620) das pessoas acompanhadas com hipertensão e 84,5% (n=344) das pessoas com diabetes. É importante dizer que nem todos os casos exigiram o uso da medicação, pois alguns usuários conseguem fazer o controle da enfermidade mais leve com dieta e exercício físico, especialmente no grupo de usuários com somente hipertensão. E 100% dos usuários acompanhados receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Conseguimos mapear 100% dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, e alguns casos encaminhados à cardiologia. A equipe se organizou para fazer a busca ativa de 100% dos usuários faltosos a consultas, que teve o trabalho dos ACS como essencial, mantendo o preenchimento efetivo e atualizado dos registros. Entre todas as atividades, a equipe também executou ações de educação relacionadas à saúde e ao controle da hipertensão e diabetes, num ciclo de trabalho que garantiu a integralidade da atenção.

As ações previstas no projeto é uma realidade na rotina do serviço, que para a sua continuidade precisa ser fortalecida e ampliada. O trabalho em equipe na atenção integral ao usuário, com o aumento do vínculo com a comunidade, é uma boa prática de organização da atenção primária à saúde que facilita que as partes elaborem corresponsabilidades nos cuidado de saúde.

Algumas condições práticas podem ser aperfeiçoadas para que se tenham melhores condições objetivas e materiais para o desenvolvimento das atividades previstas na ação programática. Isso inclui o trabalho da assistência farmacêutica, com previsão planejada de medicamentos e insumos (hemoglicoteste) de acordo com a demanda do serviço, a conclusão da reforma e construção da unidade de saúde da área rural, e a agilidade nos agendamentos para a realização dos exames complementares. O apoio do gestor resultou muito importante no projeto, pois foi

possível realizar ações todas encaminhadas a lograr um melhor atendimento a população, proporcionando uma melhora dos serviços prestados e finalmente com a adequada atenção as pessoas com estas duas doenças, hipertensão e diabetes, lograr uma redução das sequelas tanto para o individuo, como para a família e a comunidade, assim como também se logra reduzir o número de hospitalizações e de mortalidade consequentes de uma atenção inadequada.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade.

Este relatório traz os resultados e ganhos da melhoria dos cuidados com as pessoas que têm pressão alta (hipertensão) e/ou açúcar no sangue (diabetes), que foram obtidos por um conjunto de atividades realizado por 3 equipes da Saúde da Família da Unidade Ambulatório Neri de Moura Fé no período de 12 semanas.

As equipes da saúde da família 1, 3 e 6 organizaram um grupo de ações para ser realizada na unidade de saúde com o objetivo de intervir na realidade de nossos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Essas três equipes acompanharam nesse curto período de tempo uma boa parte de hipertensos, 741 dos 995, e todos os diabéticos, 407, inclusive identificando pessoas com diabetes que não sabiam que tinham a doença. Começamos o trabalho com o treinamento de todos os trabalhadores de saúde das 3 equipes, preparando a unidade de saúde para receber bem todos os usuários acompanhados pelo serviço. A equipe fez anotações de cada atendimento realizado, e sempre que um usuário faltava à consulta marcada, logo percebíamos, e os agentes comunitários de saúde iam a casa dessas pessoas pedindo o comparecimento a unidade para fazer sua consulta. Em cada atendimento a equipe realizava o exame completo, com a verificação da pressão e do açúcar no sangue, e ainda com o pedido de exames de sangue mais completos para serem realizados no laboratório, identificando as pessoas com maior risco para doenças do coração e “derrame”. E as pessoas com pressão alta e/ou quantidade alta de açúcar no sangue receberam principalmente a prescrição de medicamentos da farmácia popular, além disso, também fizemos o controle dessas doenças com orientações sobre alimentação saudável com pouco sal e sem doces, e exercício físico. E ainda conseguimos avaliação a saúde da boca de todos os hipertensos e diabéticos.

Para a comunidade o trabalho realizado foi muito importante, pois se conseguiu que a população melhorasse os conhecimentos sobre essas doenças, aumentando a chance de cada usuário controlar melhor a doença e cuidar de sua saúde. As equipes estão unidas e interessadas em seguir com a realização das atividades, portanto, esse trabalho segue sendo realizado no dia a dia da unidade de saúde, e vamos fortalecer cada vez mais as atividades educativas para que cada usuário para aumentar ainda mais a saúde da população. A educação em saúde continuará a ser realizada durante as consultas e nos grupos de hipertensos e diabéticos com a participação mais intensa dos moradores. Os participantes notaram as diferenças em suas vidas com as mudanças de alguns hábitos e demonstram satisfação pela priorização no atendimento e pela garantia dos serviços. O apoio da comunidade foi essencial, pois permitiu com sua ativa participação dar cumprimento a todas as atividades programadas em conjunto com gestores de saúde e o governo municipal toda vez que o princípio do engajamento público estava presente, mostrado na ajuda para realizar as reuniões com o grupo de hipertensos e diabéticos e em outras ações em saúde desenvolvidas. E essa participação da comunidade tende a melhorar o atendimento que as equipes realizam na unidade de saúde.

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Ao início não acreditava que a intervenção pudesse dar certo, pois resultou um grande desafio envolver três equipes de saúde familiar e mais quando os outros dois médicos não estavam motivados. Unido a isso a carência de recursos influenciou para que durante as primeiras semanas nem todas as ações programadas fossem cumpridas integralmente, já que apresentamos problemas com o fornecimento de medicamentos na farmácia de Hiperdia e também com alguns dos recursos na área rural, sendo necessária uma conversa com os médicos e o gestor de saúde com vista a melhorar esses aspectos negativos. Após essas conversas as demandas foram atendidas e conseguimos continuar com a intervenção aplicando o princípio do engajamento público e com o apoio dos gestores.

Contudo, tínhamos a certeza de que seria uma tarefa muito difícil, não era simplesmente atribuir tarefas a todos os membros das equipes ou elaborar ações e realizá-las em nas comunidades, era um grande desafio, pois deveríamos envolver todas as equipes, os usuários, a comunidade e gestores no processo de intervenção. Foi uma construção coletiva, que dependeu de uma série de fatores e situações que nos levaram a concretizar nosso trabalho. Desta forma várias ações foram desenvolvidas levando a uma intervenção com resultados que deixaram satisfeitos a todos e com grandes ganhos obtidos tanto para o serviço como a comunidade, uma vez que, é um instrumento importante a ser usado no controle de doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes.

Durante todo o curso adquirimos conhecimentos que nos permitiram observar a realidade de nossos serviços, sendo que ao início quando realizamos uma análise da situação da APS/UBS, esse foi feito de maneira superficial sem dados e informações que nos permitiriam avaliar o funcionamento da UBS e a qualidade dos serviços ofertados a comunidade. Mas na medida em que avançamos resultou mais fácil a identificação dos problemas, e elaborar a análise situacional de saúde, assim como também o planejamento de ações para solucionar ou controlar problemas.

O curso de especialização significou muito para mim desde o ponto de vista profissional, pois tive a possibilidade de ampliar e adquirir conhecimentos novos acerca da estratégia de saúde da família que enriqueceram o trabalho diário, assim como ocorreram mudanças no processo de trabalho pessoal e dos membros das equipes da unidade básica de saúde. A especialização permitiu identificar problemas, planejar e executar ações para corrigi-los ou ao menos tentar diminuí-los, assim vemos que o curso é uma ferramenta fundamental neste sentido. Em geral o curso permitiu ter uma melhor visão dos problemas de cada indivíduo em particular e da comunidade em geral, ou seja, como um ente biopsicossocial e desta forma planejar e implementar estratégias que nos permitam interatuar para desta forma lograr uma vida mais saudável traduzido num completo bienestar da sociedade.

Os aprendizados mais relevantes durante o curso sem dúvidas foram todos os conhecimentos adquiridos durante o mesmo referente a análise situacional já que nos permitiram elaborar um diagnóstico real, claro e preciso de nossa situação de saúde na UBS, planejar ações e desenvolver as mesmas adequadamente, com participação da comunidade, gestores de saúde, governo aplicando o principio do engajamento público, além disso, os casos clínicos proporcionados pelo curso y os EPC contribuíram a elevar meus conhecimentos médicos e meu nível profissional levando a uma prática clinica de qualidade demostrado na evidente melhora da atenção médica a todos os usuários que procuraram atendimento em nossa UBS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, No. 36. Brasília, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, No. 37. Brasília, 2013.

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

anexo-3 planilha de coleta de dados(4) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Quebra de Texto Automaticamente

Fonte Alinhamento Número Estilos de Célula

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1														
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Fotografia
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	1													
2	2													
3	3													
4	4													
5	5													
6	6													
7	7													
8	8													
9	9													
10	10													
11	11													
12	12													
13	13													
14	14													
15	15													
16	16													
17	17													
18	18													
19	19													
20	20													

Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto 71%

