

Universidade Aberta do SUS – UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Batista de
Amorin, Esperantina– PI**

Kenia de La Caridad Medina Santana

Pelotas, 2015

Kenia de La Caridad Medina Santana

**Melhoria da atenção à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Batista de
Amorin, Esperantina– 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 (a): Francieli Cristina Sponchiado

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S232m Santana, Kenia de la Caridad Medina

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Batista de Amarin, Esperantina – PI / Kenia de la Caridad Medina Santana; Francieli Cristina Sponchiado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 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. Sponchiado, Francieli Cristina, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A minha família por seu apoio incondicional em todos meus planos, a meus colegas, a meu país por minha formação como médica.

Agradecimentos

Agradeço a Universidade Federal de Pelotas e seus professores pela possibilidade de ser parte deste projeto de intervenção, especialmente a minha orientadora Francieli Cristina Sponchiado por sua dedicação e paciência. A todos os colegas cubanos do Programa Mais Médicos e a minha equipe de saúde da Batista de Amorim.

Resumo

Santana, Kenia de la Caridad Medina. **Melhoria da atenção à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos naUBSBatista de Amorin, Esperantina– PI.** Ano 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A HAS e a DM são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Ambas são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce (BRASIL, 2013). Pelo exposto anteriormente optou-se por desenvolver nossa intervenção abordando esta ação programática, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida deste grupo de pessoas e assim incrementar sua expectativa de vida. Nossa intervenção teve como objetivo a melhoria do cuidado ofertado aos portadores de HAS e DM na Unidade Básica (UBS) de Saúde Batista de Amorim, município de Esperantina/PI realizado de forma consecutiva em 12 semanas, iniciada no dia 20 de abril e finalizada no dia 09 de julho do ano de 2015. A população alvo da intervenção compreendeu os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e portadores de Diabetes Mellitus (DM). Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013 e tem como objetivos específicos ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade do atendimento destes usuários, melhorar a adesão deles ao programa, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde deles. Os principais resultados são os seguintes: foram cadastrados 206 hipertensos na UBS, chegando a uma cobertura de 39,2%, foi possível avaliar integralmente 52 diabéticos atingindo uma cobertura de 40%. Do total de hipertensos que participaram da intervenção 195 estiveram com exames complementares em dia ao final da intervenção, que representa 94,7% e dos diabéticos que participaram da intervenção 49 apresentaram exames complementares em dia que representa 94,2%. Do total de hipertensos cadastrados 205 foram avaliados em sua necessidade de tratamento odontológico, que representa o 99,5% e dos diabéticos 100%. Todos os usuários foram avaliados em seu risco cardiovascular e orientados sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e a higiene bucal. Quanto à importância da intervenção para a comunidade todos estes usuários demonstraram satisfação com os atendimentos oferecidos, conseguimos uma melhoria da comunicação com a comunidade, suas instituições e seus líderes, o que foi uma ferramenta fundamental para alcançar os objetivos. A importância para o serviço foi que a intervenção permitiu estabelecer uma organização no algoritmo de atendimento baseado no programa do Ministério da Saúde, com melhoras no planejamento, controle e fiscalização, o que levou a uma melhoria significativa da qualidade da assistência médica que prestamos. A equipe saiu fortalecida com uma melhor capacitação e aumentou a motivação pelo trabalho.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doenças crônicas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	60
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	61
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	62
Figura 4	Proporção de DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	63
Figura 5	Proporção de HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	64
Figura 6	Proporção de DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	65
Figura 7	Proporção de HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	66
Figura 8	Proporção de DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	67
Figura 9	Proporção de HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	68
Figura 10	Proporção com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	69
Figura 11	Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	71

Figura12	Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	72
Figura 13	Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	73
Figura 14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	74
Figura 15	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	76
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	77
Figura 17	Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	78
Figura 18	Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	79
Figura 19	Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

PI	Piauí
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
DM-	Diabetes Mellitus.
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica.
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso.
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social.
CAPS	Centro de Apoio a Saúde Psicológica.
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal.
IMC	Índice de Massa Corporal.
SAMU	Sistema de Atendimento Médico de Urgência

Sumário

1	Análise Situacional	11
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	112
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	124
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2	Análise Estratégica	234
2.1	Justificativa.....	234
2.2	Objetivos e metas.....	256
2.2.1	Objetivo geral	256
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	256
2.3	Metodologia.....	278
2.3.1	Detalhamento das ações.....	278
2.3.2	Indicadores.....	40
2.3.3	Logística	396
3	Relatório da Intervenção.....	53
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	57
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4	Avaliação da intervenção	59
4.1	Resultados	59
4.2	Discussão.....	80
5	Relatório da intervenção para gestores	84
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	89
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	93
	Referências	94
	Anexos	95

Apresentação

Este volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade Ensino à Distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção que teve como objetivo geral, a melhoria do cuidado ofertado aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus na UBS Batista de Amorim, município de Esperantina/PI. O volume está organizado em cinco capítulos: Capítulo 1 - Análise Situacional: texto escrito na unidade 1 do curso, cujo qual foi abordado à situação do serviço de saúde, no qual foi realizado o reconhecimento do território através da estrutura, processo e resultados, que possibilitou a realização do diagnóstico situacional da UBS. Capítulo 2 - Análise Estratégica: teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção, conforme os problemas detectados nas ações programáticas, permitindo a definição do foco de intervenção, baseando como princípios fundamentais no protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde (2013) e o Manual Técnico de HAS e DM do Ministério da Saúde (2013). Capítulo 3 - Avaliação da intervenção: refere-se ao relatório de intervenção realizado, que contempla todas as ações previstas e desenvolvidas no período de 12 semanas, iniciada no dia 20 de abril e finalizada no dia 09 de julho do ano de 2015, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço, assim como, traçar um panorama da prática da intervenção na unidade. Capítulo 4 - Avaliação dos resultados da intervenção: apresentam-se os resultados da intervenção, além da discussão e o relatório da intervenção para a comunidade e gestores do município. Capítulo 5 - Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: abordando os principais aspectos sobre o processo de aprendizagem e reflexão sobre o curso. Finalizando o volume, estão os apêndices e anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na UBS Batista de Amorim do município de Esperantina, Piauí. Iniciei meu trabalho aqui desde Março de 2015. Minha unidade fica em um local adaptado, por isso não tem todos os espaços que deveriam ter. O atendimento acontece desegunda a sexta-feira, em dois turnos de trabalho. Somente a médica da equipe, atende até quinta-feira, pois sexta-feira é destinada para a especialização. Só temos uma equipe de trabalho composto por um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, os quais oferecem cobertura a 100% da população, uma educadora física, uma auxiliar geral, um odontólogo, uma técnica odontológica, uma auxiliar odontológica e uma médica. Temos outros profissionais que formam parte da equipe do NASF que apóiam nosso trabalho, que está formado por psicólogo, fonoaudiologista, nutricionista, fisioterapeuta, trabalhadores sociais. Outros especialistas são contratados pela secretaria de saúde como acontece com a ginecologista, o cardiologista e ortopedista para atender os usuários do município, faltando ainda outras especialidades para conseguir um melhor atendimento a nossa população, que tem que se deslocarem para a capital do estado quando precisam das outras especialidades que não temos, sendo em minha opinião um dos objetivos de trabalho da secretaria de saúde do municio em parceria com a Prefeitura.

O atendimento acontece da seguinte forma. Segunda-feira de manhã tem demanda livre, e a tarde atendimento a gestantes. Terça-feira de manhã demanda espontânea de tarde programa dos hipertensos e diabéticos. Quarta-feira de manhã visita domiciliar e de tarde demanda espontânea. Quinta-feira de manhã se realiza atendimento a crianças e vacinação e a tarde planejamento familiar e exames preventivos. De 15 em 15 dias, as quartas-feiras de manhã depois das visitas se efetuam as reuniões da equipe, onde se programam as palestras educativas que serão efetuadas em cada semana. Todas as quartas-feiras, á 7 horas se realiza atividade com os idosos em conjunto com a educadora física.

Temos um Hospital Regional no município onde os usuários fazem os exames complementares e onde podem ser internados. Além disso, o atendimento no Hospital precisa reorganizar-se, pois não sempre temos a garantia de que os usuários que consideramos que tem que ser internados conseguem. Acho que é só questão de organização, porque o Hospital tem profissionais para atender as demandas da população e também porque desde o início do Programa Mais Médico, que permitiu que quase todas as UBS estivessem cobertas por médicos, diminuiu o fluxo de usuários para o Hospital.

Em relação á marcação de consultas para aquelas especialidades que não temos no município, acho que demora muito, não sei as causas, mas tem que ser uma questão para analisar, pois afeta o adequado atendimento de nossa população.

Outra dificuldade do funcionamento do sistema básico de saúde é a realização dos exames complementares, já que a demora na chegada destes é uma questão importante, porque quando o médico passa o exame é porque precisa para completar o diagnóstico que não consegue fazer pela clínica e a demora dos resultados pode influir na evolução adequada do usuário.

Os atendimentos pelas especialidades que temos no município, como exemplo a ginecologista, o ortopedista, oftalmologista e cardiologista são oferecidos no hospital do município, sendo a consulta marcada na própria unidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Esperantina de acordo com dados do ultimo Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, possui uma população de 37.728 habitantes, 221 mulheres a mais do que homens. O total da população urbana é de 23.156 pessoas e da população rural é de 14.609. O município não dispõe de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, possui 16 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) locadas em locais adaptados para este fim e por isto possuem inúmeras carências estruturais. O trabalho das ESF conta com o apoio de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composta por uma nutricionista, um psicólogo, uma fonoaudióloga e um Assistente Social. Todos eles ofertam consultas programadas nas UBS uma vez por mês. As consultas são marcadas nas próprias UBS e também sempre que necessário estes profissionais

participam das visitas domiciliares. Além do NASF, o município também dispõe de Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo referência para atendimento psicossocial para todas as ESF.

O município também dispõe de um Hospital, que é referência regional, conta com laboratório clínico, Raios X, Ultrassonografia, internação hospitalar, serviço de urgência e emergência. No hospital também são realizados os atendimentos desenvolvidos pelos especialistas contratados pela prefeitura, sendo oftalmologia, ortopedia, cardiologia e ginecologia. O atendimento das especialidades realiza a cobertura de atendimento para todas as ESF, e a marcação para as consultas são realizadas na própria unidade, no entanto, algumas coberturas ainda permanecem baixas, como é o caso da ginecologia, pois existem dificuldades para encaminhamentos de gestantes com fatores de risco e doenças crônicas, mulheres com patologias de mamas detectadas pela mamografia e outras com patologias detectadas pelo exame de Prevenção de Câncer de Colo de Útero (PCCU), porque a demanda é grande, tornando a frequência do atendimento insuficiente. Não tenho o dado de qual é a referência que o município tem para as especialidades que não dispõe. O município não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece serviço de ambulância para o traslado de usuários dentro e fora do município através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que realiza atendimentos a urgências clínicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas. Este serviço fica a disposição da comunidade e também dos profissionais, basta apenas uma ligação telefônica para que o atendimento aconteça. Em virtude disto, muitos chamados são desnecessários, desta forma evidencia-se a necessidade de elaborar um protocolo de atendimento a fim de evitar deslocamentos desnecessários.

A ESF Batista de Amorim está situada na zona urbana, perto do centro da cidade, possibilitando o acesso dos usuários aos serviços que são ofertados pelos profissionais. A UBS possui vínculo com o SUS, já que todos os atendimentos realizados na UBS são disponibilizados gratuitamente para a população, bem como a oferta de algumas especialidades sempre que necessário. A UBS possui uma equipe de trabalho composto por um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma educadora física, uma auxiliar geral, um odontólogo, uma técnica de saúde bucal, uma auxiliar de saúde bucal e eu como

médica. O atendimento é ofertado à população de segunda a sexta-feira, em dois turnos de trabalho. Além disso, mantemos vínculo com as instituições de ensino (Universidade Federal de Piauí), pois temos técnicas de enfermagem estagiando na UBS.

A estrutura física da UBS não é das mais adequadas, tendo em vista que a estrutura foi adaptada para este fim. Possui uma sala de recepção e espera, sala de odontologia, sala do médico, sala do enfermeiro e um ambulatório, utilizado para procedimentos em geral, curativos e nebulizações, não possui sala de vacina, farmácia nem sala para esterilização dos materiais. Os medicamentos são armazenados junto aos arquivos na recepção e a vacinação é desenvolvida na mesma sala da médica. Isto dificulta o trabalho, pois nos dias de vacinação o atendimento médico é desenvolvido na sala do enfermeiro. Na UBS existem dois banheiros, um na sala do enfermeiro e outro para os usuários. O banheiro dos usuários não permite acesso para deficientes físicos. A calçada da frente da UBS também apresenta barreiras arquitetônicas dificultando o acesso principalmente para os usuários que necessitam de cadeiras de rodas para se locomover e idosos pela presença de degraus, a falta de corrimãos e rampas para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida. Além disso, os espaços existentes na unidade, são todos compartilhados para oferecer aos usuários todos os serviços programados e isto se torna uma grande dificuldade e gera transtornos. A estratégia que a equipe encontra para melhorar o acesso e lidar com certas dificuldades como é o caso dos portadores de deficiência é o atendimento por meio de visitas domiciliares. Os agentes comunitários de saúde são os encarregados de identificar todos os usuários idosos e com deficiências físico-motoras, e agendar na UBS as visitas, bem como as prioridades. Mas mesmo assim, a equipe vem trabalhando junto a comunidade a sensibilização para que todos possam reivindicar melhores condições estruturais junto a Secretaria de Saúde a fim de eliminar as barreiras arquitetônica ou então a possibilidade de construção futuramente de uma nova UBS que oferte maior acesso e conseqüentemente melhor condições de trabalho para os profissionais que nela atuam.

Em relação às atribuições da equipe, é possível afirmar que são desenvolvidas muitas ações durante o trabalho tanto na UBS como na comunidade. Toda a equipe participa do processo de territorialização e mapeamento da área, possibilitando identificação de grupos populacionais, famílias e indivíduos expostos a

riscos e aqueles com doenças transmissíveis e não transmissíveis, o cuidado a população é feito no domicílio, nas escolas que pertencem à área de abrangência da UBS e na própria UBS. Durante as visitas é realizada a busca ativa dos usuários faltosos aos atendimentos e também realizamos procedimentos no domicílio como verificação de pressão arterial, curativos, revisão puerperal, vacinas durante as campanhas, acompanhamento de problemas de saúde e consultas de médico e enfermagem. Também são desenvolvidas atividades com grupos de idosos, gestantes, diabéticos, hipertensos, planejamento familiar, entre outros. As dificuldades enfrentadas em relação às atribuições dos profissionais da equipe são fundamentalmente relacionadas com os encaminhamentos dos usuários a outros níveis de atenção e outras especialidades. Existe excesso de demanda para as especialidades que o município dispõe que são somente ginecologia, ortopedia, cardiologia e oftalmologia. As outras, os usuários precisam ser encaminhados para a capital do estado, sendo muito complicado para alguns o traslado pela carência de condições financeiras. Isso dificulta a resolutividade do cuidado. Dentro dos aspectos que poderiam estar sendo melhorados seria melhor organizar as referências e contra-referências a fim de propiciar maior acesso às especialidades, bem como disponibilizar transporte para os usuários encaminhados, ou então ampliar o acesso por meio de contratação por parte da Secretaria de Saúde de mais especialidades para atuar no próprio município a fim de diminuir o traslado dos usuários às outras cidades.

A população adstrita à UBS Batista de Amorim é de 3.200 pessoas, desta população há predomínio de pessoas do sexo feminino e na faixa etária entre 15 e 59 anos, sendo correspondente o tamanho da população com o número dos integrantes da equipe. Isto possibilita um adequado atendimento, sem que exista excesso de demanda tanto para os atendimentos programados como para os oriundos de problemas agudos. Possui 100% da área coberta por ACS e 100% da população cadastrada na UBS.

O acolhimento do usuário que busca a UBS é desenvolvido pelas técnicas de enfermagem durante todos os dias da semana e nos dois turnos de trabalho, não existe uma equipe só para essa atividade. O atendimento médico que ocorre durante quatro dias da semana, nos dois turnos, juntamente com o enfermeiro, permite que não exista excesso na demanda espontânea. Geralmente os atendimentos ocorrem aliados aos atendimentos programados para cada grupo priorizado. A única

dificuldade encontrada nesse aspecto foi o fato da UBS oferecer atendimento somente um dia na semana para os hipertensos e diabéticos, e isto não é suficiente, diante disso a equipe optou por acrescentar mais um dia de atendimento resolvendo o excesso de demanda que existia. Atualmente o atendimento desse grupo acontece dois dias por semana. Com relação à demanda espontânea a equipe não enfrenta maiores dificuldades, a organização das ações ofertadas permite que não exista excesso de demanda para os mais variados atendimentos.

Em relação à saúde da criança, a UBS realiza atendimento de puericultura para todas as crianças de 0 a 72 meses, sendo realizado este atendimento todas quintas feiras, no turno da manhã. Os atendimentos de Puericultura são agendados, mas se precisam de atendimento por livre demanda é oferecido no momento que chega à UBS. Durante os atendimentos são realizadas imunizações, atendimento de doenças agudas, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, promoção de saúde bucal, prevenção da violência, identificação de problemas de saúde mental. Todos os profissionais da equipe participam do cuidado, desde os ACS realizando as buscas até as técnicas de enfermagem, realizando o acolhimento, aferição do peso e medição. Todos registram os procedimentos que são realizados nos prontuários das crianças e em suas cadernetas. Segundo o CAP, os indicadores de qualidade mais relevantes são: as crianças com consulta em dia de acordo com o protocolo são 38, ou seja o 100% das cadastradas e acompanhadas na unidade. As 38 apresentam a vacinação em dia, que representa 100% e delas somente 25, ou seja, 66% realizaram o teste do pezinho. As dificuldades que existem com relação à atenção às crianças está relacionado com o método de registro dos atendimentos de puericultura, pois dificultam o monitoramento e avaliação do programa, pois não existe um arquivo próprio para armazenar os prontuários, eles ficam junto com os demais prontuários e isto dificulta o manuseio. A UBS não dispõe de protocolo para guiar este cuidado. Outra dificuldade identificada foi a cobertura total de crianças atendidas na UBS, sendo atendidas 38 crianças que representa 79% e segundo o CAP têm que serem atendidas 48 crianças, sendo baixa, no entanto este aspecto já vem sendo trabalhado por meio de ações educativas junto às gestantes e população geral sobre a importância da puericultura e do atendimento do Recém-Nascido (RN) logo após o parto. Anteriormente dificilmente as puerperas e RN realizavam consulta nos primeiros sete dias, agora com a presença do médico fixo na UBS, isto está sendo possível e se

tornando rotina. Um aspecto que precisa ser melhorado diz respeito ao atendimento de saúde bucal, pois esta prática está com baixa cobertura nas crianças e faz-se necessário trabalhar a sensibilização para a importância deste cuidado junto aos pais e/ou responsáveis e na comunidade, iniciando inclusive com orientações no pré-natal. Outro ponto para melhorar o trabalho seria a existência do Protocolo para este atendimento, que ajuda a avaliar como funciona o programa para esta faixa etária.

Com relação à atenção ao pré-natal, segundo o CAP o número estimado de gestante da área de abrangência é de 48 e o número de gestante que estão sendo acompanhadas é de 31 que representa 65%, o qual também consideramos baixa. Das gestantes cadastradas na unidade, 29 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, o que representa 94%, segundo o CAP. Do total das gestantes cadastradas 28 tem as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, o que representa 94%. Todas têm as vacinas em dia e em 29 delas foram solicitados os exames preconizados na primeira consulta, o que representa 94%. A UBS realiza atendimento uma vez por semana, os quais são agendados, mas todas as gestantes que precisam atendimento por livre demanda são atendidas por todos os profissionais, sendo o cuidado delas suficiente, que não permite que exista excesso de demanda para este tipo de atendimento. No pré-natal participam todos os profissionais da equipe e também os profissionais do NASF. Durante a realização do pré-natal é investigado a incidência de problemas clínicos e risco gestacional. As gestantes identificadas com risco são encaminhadas para atendimento na especialidade correspondente e encaminhadas também para atendimento com a equipe odontológica para prevenção e tratamento de problemas de saúde bucal. Aquelas que apresentam dificuldades com o peso são avaliadas pela nutricionista. Também recebem as imunizações, promoção do aleitamento materno e promoção de hábitos de vida saudáveis. Depois de cada consulta a gestante sai com a próxima consulta agendada. A dificuldade existente no que tange o cuidado de pré-natal é o fato de a UBS não dispor de Protocolo de atendimento específico para este grupo, bem como não possui uma ficha de registro específica que permita a avaliação e monitoramento contínuo. Em relação ao puerpério o número estimado de partos nos últimos 12 meses segundo o CAP é de 48 e atualmente o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses foram 38, o que representa 79%, indicador que também encontra-se baixo pelas mesmas condições que afetam o

atendimento pré-natal e que foram relatadas acima. As consultas antes dos 42 dias pós-parto foram realizadas em 32 das puerperas, que representa 84%. As orientações sobre aleitamento materno exclusivo foram realizadas em 38 das puerperas, o que representa 100% e receberam orientações sobre cuidados básicos do recém nascido 32 puerperas, o que representa 84%. A fim de suprir estas carências será discutida junto à equipe a possibilidade de adoção de protocolo específico bem como elaboração de uma ficha de registro que contenha todas as informações. Visando melhorias a equipe vem enviando relatórios a SMS sobre os materiais necessários (arquivos, pastas, prontuários, etc.) a fim de organizar o arquivo dos prontuários separados por grupos populacionais, isto facilitaria o monitoramento e avaliação do programa pela equipe de saúde, bem como planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Com relação ao Programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero e Mama, fazem-se necessárias inúmeras melhorias, já que o mesmo não é ofertado com qualidade pela equipe de saúde nem possui protocolo específico para guiar este cuidado. Para a Prevenção de Câncer de Colo de Útero a UBS oferta a realização do exame do colo do útero uma vez por semana, todas as quintas-feiras a tarde. Este cuidado é agendado e ofertado para todas as mulheres entre 24 e 64 anos, mas também são atendidas as mulheres que procuram por livre demanda ou por indicação médica. Durante as consultas de planejamento familiar, consultas a grávidas e outras consultas são orientadas a realização do exame de prevenção pelos profissionais, os quais também explicam a importância de sua realização. O número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos segundo o caderno de ações programáticas na UBS é de 774 e atualmente temos 686 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, que representa 89%. Isto é devido à carência de registros que permitam o planejamento, a avaliação e monitoramento das ações ofertadas, pois a forma de registro utilizada não permite o seguimento adequado das usuárias que apresentam alguma alteração dos resultados do exame de colo do útero nem permite saber com certeza as usuárias faltosas para sua realização e possível busca ativa. Diante disso, visando melhorias a equipe vem discutindo o programa nas reuniões a fim de buscar possíveis melhorias bem como a possibilidade de adoção de um protocolo e fichas de registro específica. Está sendo comunicado aos ACS sempre que chegam os resultados para que estes possam comunicar as mulheres

para possível retirada na UBS e acompanhamento pelos profissionais. Em relação aos indicadores de qualidade desta ação programática, do total de mulheres entre 25 e 64 anos (686) da área de abrangência, 490 tem o exame citopatológico em dia, o que representa 71%. Nesta mesma quantidade foi realizada a avaliação de risco para câncer de colo de útero, o que representa 71%, e as 686 receberam orientação sobre as doenças sexualmente transmissíveis, o que representa 100%.

O Programa de Prevenção de Câncer de Mama apresenta maiores dificuldades, primeiramente pelo fato do município não dispor de equipamento de mamógrafo para a realização do exame pelo SUS. Depois as mulheres na faixa etária preconizada ou que apresentam fatores de riscos para o desenvolvimento do câncer de mama, por não dispor de condições financeiras para custear o exame na rede particular e até mesmo transporte a referência acabam optando por não realizá-lo. Também não possui uma ficha de registro específica, e não é possível realizar o planejamento, avaliação e monitoramento das ações ofertadas. Nas consultas de demanda espontânea, planejamento familiar e outras em que as mulheres realizam na UBS são orientadas sobre a realização da mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos e sua importância, além de ser feito o exame de mama em cada consulta. Segundo o CAP o estimado de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência é de 241, e atualmente temos 226 mulheres desta faixa etária residentes na área de abrangência e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, o que representa uma cobertura de 94%, isto foi possível conseguir devido à contratação de uma Unidade Móvel para realizar mamografias no município pela Secretaria de Saúde, no entanto, por um período curto de tempo, atualmente estamos novamente sem recursos para fazer o exame. Segundo o CAP, temos 226 cadastradas com a faixa etária entre 50 e 69 anos, e destas 115 (51%) estão com mamografia em dia, orientação sobre prevenção de câncer de mama e com avaliação de risco para esta doença. Seria muito importante para melhorar este programa a adoção de um Protocolo específico para orientar aos profissionais em relação ao cuidado que deve ser ofertado para esta população. Também se faz necessário mobilizar a equipe e comunidade a fim de reivindicar junto ao gestor melhoria no acesso as mamografias, mencionando a importância de ter equipamentos e profissionais para realizar a mamografia no próprio município e continuar orientando aos ACS na busca ativa das usuárias para que possam

participar do programa na UBS, bem como receber informações sobre a importância da realização dos exames de rotina.

Em relação ao atendimento aos hipertensos e diabéticos, a UBS conta com 525 Hipertensos para uma cobertura de 82% e 130 Diabéticos para uma cobertura de 71% cadastrados, dado obtido do cadastramento do SIAB, já que a estimativa do CAP é 642 hipertensos e 183 diabéticos. Dos indicadores de qualidade, segundo o CAP, a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico encontra-se em 71% nos usuários com HAS e 88% nos diabéticos. O percentual de usuários com exames complementares em dia encontra-se em 93% nos hipertensos e 88% nos diabéticos, os usuários com orientação sobre prática de atividade física regular encontra-se em 80% para os portadores de hipertensão e 92% para os portadores de diabetes mellitus. A orientação nutricional para alimentação saudável encontra-se em 80% dos hipertensos e 92% nos diabéticos e a avaliação de saúde bucal em dia encontra-se em 63% dos usuários com hipertensão e em 65% nos portadores de diabetes, sendo estes os indicadores de qualidade mais significativos.

A UBS oferta o cuidado a esta população dois dias por semana, um turno pela manhã e um turno pela tarde, pois após realizar uma análise a equipe chegou à conclusão que apenas um dia na semana era insuficiente e acabava gerando excesso de demanda. Atualmente as consultas são desenvolvidas com a participação de todos os profissionais da equipe, fazendo acolhimento, preenchimento das fichas e cadernetas, aferição do peso de medição, verificação da pressão arterial, avaliação nutricional pela nutricionista e atividades com a educadora física, e avaliação da saúde bucal. É realizada estratificação de risco cardiovascular, só que esta é feita mediante os conhecimentos dos profissionais, pois a UBS não dispõe de um Protocolo para sua realização. As consultas são agendadas aliadas a atendimentos de livre demanda nos casos daqueles usuários hipertensos e diabéticos que procuram por doenças agudas. Todos os usuários saem da consulta com a próxima consulta agendada, caso não possam comparecer na data preconizada são informados de que podem buscar o atendimento outro dia na semana. Estes usuários têm disponibilizados exames de rotina que são feitos na mesma UBS uma vez por mês e os resultados também são enviados desde o laboratório até a unidade. A UBS não dispõe de grupos para esta população, protocolo para guiar o cuidado nem fichas de registros específicas para os atendimentos, dificultando o planejamento, a avaliação e o monitoramento das

ações ofertadas. Faz-se necessário a equipe adotar um Protocolo de atendimento para guiar este cuidado, bem como melhorar o atendimento, monitoramento e avaliação. Também se faz necessário organizar grupos para a promoção, educação em saúde e temas relacionados com suas doenças e as complicações que poderiam se apresentar.

No que tange o atendimento dos idosos, a UBS não possui este cuidado organizado, tampouco dispõe de protocolo para guiar este cuidado e ficha de registro específica do idoso. A UBS dentro de suas condições oferta o cuidado ao idoso que busca o serviço por livre demanda. Segundo o CAP a estimativa de usuários com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência é de 340, e atualmente possui 315 idosos acompanhados na UBS para uma cobertura de 93%. Destes 315, 265 tem a caderneta de saúde da pessoa idosa, o que representa 84%, 295 estão com acompanhamento em dia, o que representa 94% e 115 estão com avaliação de risco para morbimortalidade, o que representa 37%. Para este grupo a equipe durante as consultas oferece imunizações, orientação sobre hábitos de alimentação saudável, orientação sobre importância de fazer atividade física, são atendidos por doenças agudas no momento que aparecem, são detectados problemas de saúde mental e encaminhados para avaliação por Psicólogo e Assistente Social, se necessário, e também são avaliados pela equipe de saúde bucal. Também temos o grupo de idosos que funcionam todas as quartas feiras pela manhã com a participação da educadora física, dos ACS, do enfermeiro, da médica e das técnicas de enfermagem, realizando orientações, atividades físicas e danças.

O cuidado também é ofertado por meio de visitas domiciliares, já que muitos destes idosos apresentam alguma dificuldade para se deslocar até a UBS, outros têm deficiências motoras, visuais e mentais. Neste sentido, os ACS têm um papel fundamental na identificação dos idosos vulneráveis, ou seja, aqueles que precisam de maior atenção por parte da equipe e maior periodicidade nas visitas domiciliares. Mesmo diante das dificuldades, nenhum idoso que busca o serviço sai sem receber atendimento com os profissionais da equipe e todos têm garantido seus medicamentos, nos casos dos idosos que portam alguma doença crônica associada. No caso deste grupo o que pode ser melhorado é a adoção de um Protocolo específico como acontece com os outros programas. Também se faz necessário melhorar e organizar o atendimento deste grupo pela equipe odontológica porque a cobertura de avaliação de saúde bucal neste grupo está em 27%, pois somente 85

usuários encontram-se com avaliação de saúde bucal em dia, sendo muito importante elencar dias específicos de atendimento para este grupo populacional.

Ao término deste relatório é possível evidenciar que o maior recurso que a UBS dispõe são os recursos humanos. Dispõe de profissionais comprometidos em prestar um cuidado de qualidade e a melhorar o atendimento ofertado mesmo diante de muitas limitações estruturais, de materiais e insumos, que sempre adotaram uma atitude positiva durante as análises desenvolvidas e que possibilitaram o preenchimento do caderno de ações programáticas e dos questionários. Foi muito importante a participação e colaboração de todos, sem isto, não conseguiria desenvolver meu trabalho e as atividades da especialização, foi um grande desafio e agradeço a dedicação de todos para que eu conseguisse chegar até aqui. Durante o desenvolvimento da análise situacional, as mudanças mais importantes foram relacionadas com a participação de todos os profissionais da equipe identificando os problemas existentes, todos contribuíram discutindo idéias para melhorar o trabalho ofertado e se engajaram em prol de muitas melhorias que dependia somente da equipe para acontecer. Os desafios foram imensos, todos tem ciência de que muitos problemas identificados fogem a nossa governabilidade de ação, mas sabemos que temos um enorme potencial para enfrentar muitas das dificuldades, visando propiciar a oferta de um cuidado com mais qualidade e resolutividade a nossa população.

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

Analisando o texto sobre a situação da ESF realizado durante a segunda semana de ambientação e comparando ele com este relatório, é possível notar que hoje dispomos de um maior conhecimento da situação de saúde de nossa população bem como o cuidado que vem sendo ofertado em nossa UBS, quais são as dificuldades existentes e que dificultam a melhoria do cuidado e onde a equipe tem condições de focar em busca de melhores condições, melhorias no processo de trabalho. No primeiro texto desenvolvido apenas foram mencionadas as dificuldades identificadas, hoje é possível evidenciar que muitas das dificuldades podem ser solucionadas somente com a organização da UBS e apoio da equipe, com isto muitas melhorias são possíveis de serem alcançadas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e a Diabetes Mellitus são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Ambas são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e as doenças podem ser tratadas e controladas com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB), onde seus profissionais têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle destas doenças (BRASIL, 2013). Diante disso, faz-se necessário realizar intervenções abordando esta ação programática, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida deste grupo de usuários e assim aumentar sua expectativa de vida.

A UBS Batista de Amarin encontra-se em um local adaptado para este fim, e, portanto, não possui as condições ideais preconizadas para uma UBS, principalmente se considerarmos as barreiras arquitetônicas. No entanto, possui consultório odontológico, uma sala do enfermeiro, uma sala para a médica. No espaço da recepção encontra-se o arquivo de prontuários e o estante dos medicamentos, pois não temos uma sala destinada só para dispensar os medicamentos. A equipe é constituída por um Enfermeiro, duas Técnicas de Enfermagem, seis ACS, um Dentista, uma Técnica de Saúde Bucal (TSB), uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), uma Auxiliar de Serviços Gerais e eu como Médica pelo Programa Mais Médicos. Também apóiam o trabalho da equipe os profissionais do NASF, composto por um Educador Físico, uma Nutricionista, uma Fisioterapeuta e um Psicólogo. A população da área adstrita é de 3200 pessoas.

A população alvo desta intervenção compreenderá os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e portadores de Diabetes Mellitus (DM). Atualmente estima-se que existam segundo o CAP, 642 hipertensos e 183 diabéticos, com 525 usuários com HAS e 130 portadores de DM cadastrados e acompanhados na UBS, com uma cobertura de atendimentos de 82% para HAS e de 71% para Diabetes Mellitus segundo os dados obtidos do cadastramento do SIAB

de 2014. Estes usuários são atendidos duas vezes por semana, são desenvolvidas atividades de grupo e atividades com a educadora física. Outras atividades que são desenvolvidas são a promoção de estilos de vida saudáveis, avaliação da saúde bucal, imunizações, avaliação do estado nutricional, são indicados os exames complementares periódicos, são dispensados os medicamentos para o tratamento e no final da consulta é agendada a data da próxima. No entanto, apesar de todas estas ações já estarem sendo ofertadas pela equipe, muitos usuários estão com inadequado tratamento, outros sequer estão cadastrados.

Não existe um monitoramento e avaliação do programa, não se sabe a periodicidade destas pessoas as consultas e possíveis consultas em atraso. Existe carência nos registros, não se sabe quais estão com exames em dia e fundamentalmente não existe Protocolos de Atendimentos nem fichas espelhos específicas que facilitem o monitoramento e avaliação deste grupo na UBS. Outro aspecto importante que existe é a carência de sensibilização junto à comunidade quanto à importância deste cuidado. Em decorrência das falhas deste cuidado, presenciamos muitas complicações e aumento da morbi-mortalidade por estas causas na população de abrangência, justificando a necessidade de tal intervenção.

No contexto da UBS a intervenção visa melhorar o cuidado que já vem sendo ofertado, mas que hoje apresenta carências. Pretende-se organizar o cuidado por meio da adoção de um protocolo específico, fichas espelhos específicas que permitam o monitoramento e avaliação do cuidado, fortalecimento do acolhimento destes usuários por meio da priorização do cuidado, atenção integral com base no protocolo adotado, sensibilização dos profissionais e da comunidade quanto a importância deste cuidado. A intervenção é viabilizada, pois na maior parte dos casos com mudanças de estilos de vida, muitos problemas podem ser evitados e isto pode ser facilmente trabalhado pela equipe e isto por si só já previne muitas das complicações, também pelo fato de que a maioria dos recursos materiais e equipamentos necessários para a intervenção já se encontram disponíveis na UBS e os que faltam podem ser fornecidos pela gestão no próprio município.

A equipe possui um bom entrosamento e este é um fator muito importante para que seja possível alcançar os objetivos e metas propostos, pois para a intervenção ter bons resultados depende também dos recursos humanos e estes precisam estar engajados em um mesmo ideal e por isto a equipe toda será envolvida nas ações, tanto de prevenção, promoção da saúde bem como

diagnostico e estratificação de possíveis riscos associados a estas patologias. Diante disso, pretende-se com esta intervenção melhorar o cuidado ofertado aos hipertensos e diabéticos na UBS, partindo do pressuposto que tais patologias necessitam de intervenções precoces, que visem à sensibilização, o diagnostico, tratamento e reabilitação dos casos existentes e conseqüentemente melhoria na qualidade de vida desta população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Batista de Amorin, município de Esperantina/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 90% 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 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo - 4 Melhorar o registro das informações.

Metas 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: 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 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes.

2.3 Metodologia

Esta intervenção será desenvolvida com os hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade. Para guiar o cuidado será adotado o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. A intervenção terá a duração de três meses.

2.3.1 Detalhamento das ações

Detalhamento das Ações necessárias para o alcance das metas nos quatro eixos:

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial;

Meta 2: Cadastrar 90 % dos usuários com Diabetes Mellitus que participam do projeto.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus que participam do projeto: o mesmo profissional que preencher a planilha de coleta de dados realizará o monitoramento, todas as semanas com as informações das fichas de cadastro que estão na UBS, separadas por micro-áreas.

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos que participam do projeto: será adotada uma ficha espelho específica confeccionada pela equipe com base no modelo disponibilizado pelo curso, será preenchida pelos profissionais durante os atendimentos em especial pela médica e enfermeiro.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM que participam do projeto: todos os portadores de HAS e DM que buscarem o serviço por livre demanda ou por agendamento serão acolhidos por todos os profissionais da equipe, em especial pelas duas técnicas de enfermagem por atuarem junto a recepção, isto será feito nos dois turnos de trabalho durante todos os dias de atendimento.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicômetro na unidade de saúde: será confeccionado um ofício pelo enfermeiro e enviado ao gestor a fim de garantir a calibração dos equipamentos médicos pelo INMETRO a cada seis meses, bem como os demais materiais necessários para a intervenção.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: será desenvolvida pelos ACS nas visitas domiciliares que são feitas todos os dias, também nas visitas da equipe, pelos profissionais na UBS e por meio de folders com a informação na UBS e outros centros públicos como comércios, capelas e escolas.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente: serão informadas as famílias durante as visitas domiciliares pelos ACS todos os dias e durante as palestras que são feitas na UBS uma vez por semana com participação de todos os profissionais da equipe.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg: serão informadas as famílias durante as visitas domiciliares pelos ACS todos os dias e durante as palestras que são feitas na UBS uma vez por semana com participação de todos os profissionais da equipe.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes: será feita com a participação de todos os profissionais durante os atendimentos individuais e nas palestras que são feitas na UBS uma vez por semana, também será confeccionado folders informativos que ficarão na UBS e serão entregues nas atividades educativas e durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos que participam do projeto de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como os principais fatores de risco e a clínica das duas doenças: a capacitação será

feita pela médica e pelo enfermeiro da UBS com a utilização de apresentações em Power Point depois da reunião da equipe, no início da intervenção, em um encontro, ou seja, durante uma das reuniões no primeiro mês da intervenção, que será desenvolvida na primeira semana do mês de abril especificamente.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar à equipe no uso adequado do glicosímetro: será feita pelas técnicas de enfermagem diante demonstrações utilizando os próprios equipos da UBS depois da reunião da equipe, no início da intervenção, em um encontro, ou seja, depois de uma das reuniões no primeiro mês da intervenção, que será desenvolvida na segunda semana do mês de abril especificamente.

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

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos: será feito com a revisão de cada prontuário por parte da médica e o enfermeiro da UBS durante os atendimentos individuais semanalmente. Os que estiverem sem registro do exame será anexado um sinal de alerta por meio de um papel colorido para sinalizar.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde: será feito por meio da revisão de cada prontuário pela médica e pelo enfermeiro da UBS durante os atendimentos individuais semanalmente. Os que estiverem sem registro do exame será anexado um sinal de alerta por meio de um papel colorido para sinalizar.

- Monitorar o acesso dos hipertensos e diabéticos aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia: será monitorado pelos ACS e pelas técnicas de enfermagem com a revisão dos prontuários individuais e a revisão do estoque de medicamentos que

chegam à UBS, solicitando ao gestor junto com o pedido de medicamentos que é entregue cada mês pelo enfermeiro da UBS, incrementar a quantidade dos medicamentos para estes usuários, para garantir o tratamento completo correspondente para cada mês.

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico com a revisão dos prontuários durante os atendimentos individuais: será monitorado pela médica e enfermeiro da UBS por meio dos registros no prontuário e ficha espelho, com periodicidade semanal.

Organização e gestão do serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos e Diabéticos: será elencado durante a reunião da equipe no início da intervenção, as atribuições de cada membro da equipe no programa.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde durante a reunião da equipe: a capacitação será desenvolvida com uma periodicidade semanal, escolhendo em cada encontro o tema que será desenvolvido na semana seguinte tendo em conta as necessidades de aprendizagem que sejam identificadas na primeira reunião a que será realizada na primeira semana de abril pela médica da UBS.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais durante a reunião da equipe com a pesquisa das necessidades de atualização: será realizada na primeira semana de abril com a participação de todos os integrantes da equipe e liderada pela médica e enfermeiro da UBS.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde: será garantido mediante ofício confeccionado pelo enfermeiro da UBS o qual também será responsável de entregar para o gestor no início da intervenção e realizar a impressão do material.

- Garantir a solicitação dos exames complementares aos usuários com HAS e diabetes: será garantido por meio de ofício enviado ao gestor pelo enfermeiro e médica da UBS antes do início da intervenção.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo: será solicitado por meio de ofício enviado ao gestor pelo enfermeiro e médica da UBS antes do início da intervenção. Para que seja incrementado um dia a mais por mês de coleta de material para os exames na UBS.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: será feito pelas técnicas de enfermagem por meio da conferência dos medicamentos a cada quinze dias.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde: será feito um levantamento por meio dos prontuários e comparando o estoque e os medicamentos que já foram entregues em cada atendimento, a fim de avaliar a quantidade estimada de medicamentos necessários. Isto será feito pela médica, técnicas de enfermagem e ACS duas vezes por semana.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e Diabéticos com a revisão dos prontuários durante os atendimentos individuais: será desenvolvida pela médica e enfermeiro da UBS durante os atendimentos destes usuários. No ato serão agendados os usuários para a equipe odontológica por meio de uma agenda de saúde bucal específica para isto.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e Diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico: Serão estabelecidos dois turnos por semana para o atendimento destes usuários, os responsáveis por organizar estes atendimentos depois de entregar a necessidade de atendimento serão a auxiliar e a técnica de saúde bucal. Esta atualização será feita semanalmente.

Engajamento público.

- Orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente: será feita com a participação de todos os profissionais durante as palestras que são feitas na UBS uma vez por semana, durante os atendimentos individuais e por meio de folders distribuídos na UBS.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares: serão informadas as famílias durante as visitas domiciliares pelos ACS todos os dias e durante as palestras que são feitas na UBS uma vez por semana com participação de todos os profissionais da equipe.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto á periodicidade com que devem ser realizados exames complementares: serão informadas as famílias durante as visitas domiciliares pelos ACS todos os dias e durante as palestras que são feitas na UBS uma vez por semana com participação de todos os profissionais da equipe, durante os atendimentos individuais e por meio de folders na UBS.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Populare possíveis alternativas para obter este acesso: será informado durante os atendimentos individuais sendo responsáveis a médica e o enfermeiro da UBS e durante as visitas domiciliares sendo os responsáveis no caso das visitas os ACS.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos: para isto será utilizado cartazes confeccionados na UBS pelos profissionais, durante os atendimentos individuais e coletivos, por meio de folders na UBS.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos: será feita pela médica e o enfermeiro da UBS diante demonstrações praticas depois da reunião da equipe, no inicio da intervenção, em um encontro, ou seja, durante uma das reuniões no primeiro mês da intervenção.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares: será feita também em uma das reuniões da equipe, no inicio da intervenção e os responsáveis da capacitação serão a médica e o enfermeiro da UBS, para isto será utilizado o protocolo.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão: será desenvolvida individualmente pela médica e enfermeiro da UBS que são os encarregados de aplicar tratamentos aos usuários hipertensos e diabéticos, e será desenvolvida diante estudo individual e com a utilização do protocolo de forma permanente começando no inicio da intervenção.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular: será feito durante uma reunião da equipe no inicio da intervenção e o responsável será o enfermeiro da equipe.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos: a equipe será capacitada em um encontro durante reunião da equipe no inicio da intervenção e o responsável será o dentista.

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) com a revisão dos prontuários de cada usuário hipertenso e diabético: será monitorado semanalmente por meio da revisão das fichas espelhos pela médica da UBS. Os que estiverem em atraso será anexado um sinal de alerta por meio de papel colorido.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos: será organizado um cronograma de buscas pela médica e pelo enfermeiro, as buscas serão desenvolvidas pelos ACS, se necessário em conjunto com a equipe. Isto será feito toda a semana.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares: será disponibilizados espaços vagos na agenda (2 consultas ao dia) para encaixar os usuários provenientes das buscas. O responsável de organizar a agenda para estes usuários será o enfermeiro da UBS junto com cada um dos ACS.

Engajamento público.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas: será informado as famílias durante as visitas domiciliares pelos ACS todos os dias e durante as palestras que são feitas na UBS uma vez por semana com participação de todos os profissionais da equipe e colocando folders permanentes com esta informação na própria UBS.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos) dando participação aos usuários e familiares presentes durante as palestras citadas na ação anterior para expressar suas idéias: será organizada uma caixa de sugestões e críticas, também

será ouvida a comunidade durante as atividades educativas e atendimentos individuais por todos os profissionais.

- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas: será desenvolvida pelos profissionais durante as atividades de grupo, durante os atendimentos individuais e por meio de folders na UBS.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade: serão capacitadas em uma das reuniões da equipe, no início da intervenção e os responsáveis da capacitação serão a médica e o enfermeiro da UBS.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde estabelecendo a revisão dos mesmos a cada 15 dias durante o período da intervenção e depois manter a revisão uma vez por mês, os responsáveis desta ação serão as duas técnicas de enfermagem, e a revisão será feita as sextas feiras a cada 15 dias durante a intervenção.

Organização e gestão do serviço.

- Manter as informações do SIAB atualizadas incorporando cada usuário cadastrado na hora que chegue à unidade e revisando de 15 em 15 dias as informações do sistema e comparando com o total de prontuários que existe no arquivo, e o responsável desta ação será o enfermeiro da equipe.

- Pactuar com a equipe o registro das informações explicando durante a reunião da equipe que todas as informações e atendimentos devem ser descritas no prontuário e nos outros métodos de registro que sejam criados na unidade: será pactuado com a equipe durante a reunião no início da intervenção, a responsável de ofertar estas informações ao restante da equipe será a médica e será utilizado o protocolo.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros: o responsável pelo monitoramento será elencado durante a reunião da equipe no início da intervenção.
- 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: Todas estas informações estarão descritas na ficha espelho de cada usuário, e serão transcritas em uma planilha eletrônica semanalmente pela médica da UBS, todos os usuários com atraso será anexado na ficha um sinal de alerta com papel colorido.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação á manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário: será orientado durante as visitas domiciliares sendo os responsáveis os ACS, e durante os atendimentos individuais, sendo os responsáveis o enfermeiro e a médica, durante toda a intervenção.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético: será feito no início da intervenção pela médica da UBS e será utilizado a ficha espelho.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consulta: será feito no início da intervenção pela médica da UBS e será utilizada a ficha espelho.

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano: será feito por meio da revisão de cada prontuário pela médica e enfermeiro da UBS durante os

atendimentos individuais por meio dos registros da estratificação de risco feita em cada atendimento de acordo ao Protocolo.

Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco: serão atendidos no momento que chegarem a UBS, seja por livre demanda ou agendamento. Serão seguidos com maior periodicidade pela equipe e anexado sinais de alerta da ficha para facilitar a identificação.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda: serão organizados horários livres na agenda todos os dias da semana para que seja possível encaixar estes usuários sendo atendidos no mesmo dia e turno. As responsáveis de organizar este agendamento serão as técnicas de enfermagem.

Engajamento público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular: será orientado durante as atividades de grupo que são realizadas uma vez por semana, durante os atendimentos individuais, e as responsáveis desta ação serão as duas técnicas de enfermagem o enfermeiro e a médica.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) ação que será desenvolvida durante as atividades de grupo que são realizadas uma vez por semana: será esclarecido durante as atividades de grupo que são realizadas uma vez por semana, durante os atendimentos individuais, e as responsáveis desta ação serão as duas técnicas de enfermagem, o enfermeiro e a médica.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo: será feito no início da intervenção pela médica e enfermeiro da UBS para isto será utilizado o protocolo e apresentação em Power Point.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação: será capacitada a equipe no início da intervenção pela médica e enfermeiro da UBS para isto será utilizado o protocolo e apresentação em Power Point.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis: será capacitada a equipe no início da intervenção pela médica e enfermeiro da UBS para isto será utilizado o protocolo e apresentação em Power Point.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Meta. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos: será monitorado por meio dos registros em ficha espelho e será feita esta revisão pela médica e enfermeiro da UBS semanalmente.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos: será monitorado por meio dos registros em ficha espelho e será feita esta revisão pela médica e enfermeiro da UBS semanalmente.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos: será monitorado por meio dos registros em ficha espelho e será feita esta revisão pela médica e enfermeiro da UBS semanalmente.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos será monitorado por meio dos registros em ficha espelho e será feita esta revisão pela médica, enfermeiro e dentista da UBS semanalmente.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável: será ofertada tal informação para os usuários e seus familiares durante as visitas domiciliares pelos ACS, durante as atividades educativas coletivas que são feitas na UBS uma vez por semana com participação de todos os profissionais da equipe e durante os atendimentos individuais, também serão utilizados folders sobre o assunto que ficarão disponíveis na UBS.

- Demandar junto ao gestor para que a nutricionistas planeje atendimentos grupais e coletivos com mais freqüência: será garantido por meio de reunião com o gestor e com a nutricionista no inicio da intervenção que será solicitada por meio de oficio encaminhado pela médica e enfermeiro da UBS
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física: será ofertada tal informação para os usuários e seus familiares durante as visitas domiciliares pelos ACS, durante as atividades educativas coletivas que são feitas na UBS uma vez por semana com participação de todos os profissionais da equipe e durante os atendimentos individuais, também serão utilizados folders sobre o assunto que ficarão disponíveis na UBS.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade: será garantido por meio de reunião com o gestor e com o educador físico no inicio da intervenção que será solicitada por meio de oficio encaminhado pela medica e enfermeiro da UBS
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo": será garantido por meio de reunião com o gestor e com a psicóloga e assistente social antes do inicio da intervenção a fim de agilizar a compra de medicamentos para tratamento do tabagismo e realização de grupos de controle do tabagismo

Engajamento público

- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável: serão orientados durante as atividades de grupo, durante os atendimentos individuais, visitas domiciliares dos ACS e por meio de cartazes e folders fixados na UBS e demais instituições públicas. Todos os profissionais serão responsáveis pela ação.
- Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular: serão orientados durante as atividades de grupo, durante os atendimentos individuais, visitas domiciliares dos ACS e por meio de cartazes e folders fixados na UBS e demais instituições públicas. Todos os profissionais serão responsáveis pela ação.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamentos para abandonar o tabagismo: serão orientados durante as atividades de grupo, durante os atendimentos individuais, visitas domiciliares dos ACS e por meio de

cartazes e folders fixados na UBS e demais instituições públicas. Todos os profissionais serão responsáveis pela ação.

- Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene: serão orientados durante as atividades de grupo, durante os atendimentos individuais, visitas domiciliares dos ACS e por meio de cartazes e folders fixados na UBS e demais instituições públicas. Todos os profissionais serão responsáveis pela ação.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável: será capacitada a equipe no início da intervenção pela médica e enfermeiro da UBS para isto será utilizado cartilha de alimentação saudável do Ministério da Saúde e apresentação em Power Point. Será convidada a nutricionista para auxiliar na capacitação.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será capacitada a equipe no início da intervenção pela médica e enfermeiro da UBS para isto será utilizado o protocolo e apresentação em Power Point.

- Capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas: será capacitada a equipe no início da intervenção pela médica e enfermeiro da UBS para isto será utilizado o protocolo, folders e apresentação em Power Point. Será convidada a psicóloga para auxiliar na capacitação.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal: será capacitada a equipe no início da intervenção pela médica e enfermeiro da UBS para isto será utilizado o protocolo, folders e apresentação em Power Point. Será convidada a equipe de saúde bucal para auxiliar na capacitação.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores descritos a seguir se fazem necessários para a possível avaliação da intervenção.

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

Meta 1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 2: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

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

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensosfaltosos às consultas médicas com busca ativa

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

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Objetivo 4. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: 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 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: 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 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 19: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 20: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 21: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 22: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Numerador: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus, serão utilizados os protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde para o cuidado das pessoas com doenças crônicas (Cadernos de Atenção Básica n.36 e n. 37 do Ministério da Saúde, 2013). Os mesmos serão impressos e encadernados no início da intervenção, sendo o responsável pela impressão o gestor do município na Secretaria de Saúde, a qual será enviado um ofício pela médica solicitando as cópias. Será preciso imprimir dois de cada um deles, os quais serão arquivados na sala do enfermeiro para ser utilizados por ele e a médica, e os outros serão colocados no arquivo da recepção para uso dos outros membros da equipe. A população alvo da intervenção, segundo SIAB, é composta por 525 usuários portadores de HAS e 130 portadores de DM. Para o cadastro e coleta de dados serão utilizadas as planilha de coleta de dados e ficha espelho disponibilizadas pelo curso. Será preciso imprimir 600 fichas espelhos para cadastro de hipertensos e

150 fichas para cadastros dos diabéticos. As mesmas serão impressas na mesma unidade utilizando a impressora que já existe e que está habilitada para fazer as impressões. A médica será a responsável da impressão antes do início da intervenção. No mesmo ofício que será confeccionado e entregue ao gestor pela médica solicitando a impressão dos protocolos de atendimento, serão solicitadas as folhas brancas para a impressão das fichas.

A divulgação da intervenção será realizada durante os atendimentos individuais, as visitas domiciliares, durante as palestras que se oferecem na UBS e durante o trabalho com os grupos que já existem e funcionam na UBS todas as semanas. Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pela divulgação da intervenção. Os ACS farão a divulgação nas visitas domiciliares que eles fazem diariamente, o enfermeiro e a médica farão a divulgação durante os atendimentos individuais, todos os dias de atendimento e nas palestras que serão oferecidas todas as semanas na unidade. A divulgação será apoiada utilizando recursos como cartazes, folders, dramatizações feitas pelos próprios ACS. Os folders e cartazes serão solicitados no mesmo ofício que será entregue ao gestor solicitando os recursos que foram mencionados no outro parágrafo a fim de serem garantidos antes do início da intervenção.

O projeto de intervenção será apresentado ao gestor municipal pela médica da UBS para garantir seu apoio com os materiais e outras questões necessárias para a realização da intervenção, como folders, balanças com fita para medir altura dos usuários, compra de esfigmomanômetro para garantir pelo menos dois na UBS e que sejam calibrados uma vez por ano. Nestes momentos as informações sobre as atividades realizadas com os usuários são registradas nos prontuários clínicos, com a exceção dos atendimentos pela equipe odontológica que terá seus próprios prontuários. Não existe um arquivo específico para acomodar os registros dos atendimentos, por isso durante o início da intervenção será criado um arquivo solicitado ao gestor no mesmo ofício mencionado nos parágrafos anteriores. Este arquivo irá permitir a revisão dos prontuários dos usuários com HAS e Diabetes Mellitus com mais facilidade e assim, fazendo sua revisão de 15 em 15 dias permitirá o monitoramento de como vem sendo desenvolvidas as ações previstas na intervenção para melhorar o atendimento destes usuários, e esta revisão será mantida depois da intervenção. Serão responsáveis por este monitoramento os ACS com auxílio da enfermeira. Além disso, serão adotadas novas fichas espelhos onde

todas estas informações serão transcritas pelo médico e o enfermeiro da equipe, já será realizado um primeiro levantamento do número de usuários já cadastrados, se estão com a consulta e exames em atraso, estes dados serão avaliados com uma periodicidade semanal.

Antes de iniciar a intervenção, a equipe entrará em contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na área de abrangência e apresentará o projeto de intervenção esclarecendo a importância da realização. Este encontro será feito na capela que fica no centro danossa área e onde se reúnem muitos moradores da comunidade e representantes. Este encontro será para explicar os problemas que foram detectados com relação aos atendimentos dos usuários com HAS e Diabetes Mellitus, as ações que a equipe pretende desenvolver para melhorar estes problemas e a qualidade de vida destes usuários, o qual será muito importante para garantir a participação da comunidade para conseguir nossos propósitos. Para esta atividade serão necessários os protocolos, listas de presenças e folders, isto será providenciado pela médica da UBS.

Já iniciada a intervenção será realizada uma reunião onde todos os profissionais da equipe terão a oportunidade de expor suas idéias sobre os temas que podem estar se desenvolvendo nas capacitações, incluindo aqueles temas em relação com as ações que serão realizadas durante a intervenção. O primeiro assunto a ser abordado na capacitação será sobre o processo de acolhimento aos usuários, garantindo respeito, confiança, seguridade e explicando a importância desta intervenção e seus objetivos e expectativas para que fiquem cientes de que este trabalho será incorporado à rotina da UBS e que o acolhimento precisa estar presente sempre. Estas capacitações aos membros da equipe serão realizadas no horário das reuniões da equipe, todas as quartas-feiras de manhã após o término das visitas domiciliares. Anteriormente, as reuniões da equipe eram feitas de 15 em 15 dias, agora, durante a intervenção serão feitas todas as semanas pois precisamos deste tempo para a capacitação dos profissionais com os temas propostos na intervenção como parte das ações, e cada encontro terá uma duração de duas horas por semana, precisando que os outros temas que sempre são abordados sejam mais específicos para aproveitar o tempo maior na capacitação. Os temas serão preparados e expostos pela médica e o enfermeiro da equipe, e sempre que possível serão convidados outros profissionais em dependência do tema que será abordado, como a nutricionista, o odontólogo e o psicólogo. Os temas

de capacitação são a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, tratamento da hipertensão e diabetes, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular, orientação de hipertensos e diabéticos enquanto a realizar as consultas e sua periodicidade, seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames, orientação de hipertensos e diabéticos quanto o cumprimento do tratamento não medicamentoso e medicamentoso complementares, preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso, registro adequado do Peso, IMC, PA em todas as consultas, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, metodologias de educação em saúde, tratamento de tabagistas, tratamento de alcoólicos, e avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético. Para isto serão utilizados como embasamento teórico os protocolos do Ministério da Saúde, também será utilizado retroprojeter, este já se encontra disponível na UBS. O médico e a enfermeira serão responsáveis por organizar os encontros, no entanto, cada profissional da equipe também estudará uma parte dos manuais, as atividades de capacitação serão desenvolvidas em formas de rodas de conversas e terão um componente prático, por meio de exemplos de como serão desenvolvidas as atividades no dia-a-dia. Para os encontros serão utilizados o espaço da UBS onde são efetivadas as reuniões.

O acolhimento dos usuários portadores de HAS e DM se darão todos os dias nos dois turnos de trabalho por toda a equipe de saúde, em especial pelas técnicas de enfermagem que são responsáveis pela recepção e realização da ficha de atendimento. Os atendimentos a estes usuários ocorrerão por meio de agendamentos duas vezes por semana, e nos casos que precisarem serão aliados a livre demanda nos demais dias, ou seja, todos os usuários portadores de HAS e/ou DM que buscarem o serviço terão o atendimento garantido pela equipe de saúde. Em cada atendimento será realizado o rastreamento do usuário, exame físico, incluindo a verificação da pressão arterial, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Serão investigados os fatores de risco para ambas as patologias em todos os usuários e será avaliado o risco cardiovascular e demais condições de saúde e serão solicitados os exames laboratoriais necessários que possam contribuir para o

diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva. Durante todos os atendimentos individuais que serão realizados pelos profissionais da equipe, os usuários serão sensibilizados quanto à importância da alimentação saudável, a prática de exercício físico e os riscos do consumo de álcool e do fumo. O registro específico oriundos dos atendimentos será realizado pelo médico e enfermeiro, estes revisarão todos os prontuários para identificar quais são os usuários que assistem periodicamente as consultas programadas e quais são os faltosos, para serem repassadas todas as informações no livro de registro. Isto será possível, pois para ambas as patologias (HAS e DM) serão disponibilizadas um livro de registro onde será anotado todo dado necessário que nos permita posteriormente avaliar os indicadores. Os resultados também serão anotados em todos os prontuários. Uma vez coletada a informação, esta será processada e informatizada num notebook, utilizando os sistemas operativos Microsoft Word e Excel, os quais facilitarão as análises.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos não controlados e com doenças agudas, que procurarem o serviço para consultas de emergência terão prioridade no atendimento, estes serão acolhidos pela técnica de enfermagem na recepção da UBS, encaminhando diretamente para avaliação de enfermagem e médica e posteriormente sendo encaminhado para o pronto atendimento se necessário.

Após as visitas domiciliares realizadas pelos ACS na busca ativa daqueles usuários faltosos ou não cadastrado no programa, serão agendados os atendimentos destes para as quintas-feiras a tarde ou nos outros dias de demanda espontânea, onde serão reservadas 4 consultas por turno de trabalho para eles, garantindo que no momento que chegarem na UBS sejam atendidos e que os outros usuários tenham conhecimentos dos motivos das prioridades. Para esta atividade será utilizado o mesmo carro que está destinado para as visitas domiciliares feitas pela equipe, e a detecção destes usuários será antes do início da intervenção.

Serão oferecidas palestras para a comunidade, estas serão realizadas todas as semanas e os responsáveis de seu desenvolvimento serão o médico e o enfermeiro da equipe com a participação dos ACS. Serão discutidos também temas importantes relacionados com educação em saúde, prevenção e promoção de doenças que afetam a comunidade, principalmente a hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Os outros profissionais também serão convidados sempre que

possível para intervir nos temas que relacionem com suas especialidades como a nutricionista, dentista, psicólogo, e educador físico. Para realizar as palestras será utilizada a recepção da UBS e serão complementadas durante a utilização de cartazes, projetor digital, demonstrações práticas, quadro, giz e computador. Todos estes materiais serão garantidos mediante ofício enviado ao gestor pela médica no início da intervenção.

Para a sensibilização da comunidade e dos usuários portadores de HAS e DM também serão confeccionados folders explicativos que mencionem a importância de prevenir a hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus para serem entregados na sala de espera e durante os atendimentos e nos grupos de trabalho. Estes panfletos serão construídos com apoio da equipe e enviados ao gestor por meio daquele ofício já mencionado para garantir sua impressão.

A fim de monitorar o desenvolvimento das ações no programa, semanalmente a enfermeira e a médica examinarão as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e exames laborais em atraso, nestas fichas será fixado um sistema de alerta em papel colorido para facilitar a visualização pela equipe e agilidade nas buscas, também será monitorado a qualidade dos registros. Os ACS farão as buscas ativas de todos os Hipertensos e Diabéticos, durante a busca já será agendado junto ao usuário um horário de sua conveniência para retorno. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica pelo médico e enfermeiro da UBS. A responsável do monitoramento será a médica diante uma lista de presença confeccionada antes do início da intervenção.

Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas.

Este relatório traz consigo todo o trabalho desenvolvido pela equipe nos últimos três meses no Projeto da Intervenção que teve como foco melhorar o cuidado ofertado aos usuários portadores de HAS e DM pertencentes à área de abrangência da UBS. É importante ressaltar que todos os profissionais estão muito contentes com os resultados que foram alcançados em um espaço tão curto de tempo. Seguindo o roteiro oferecido pelo curso podemos analisar primeiramente as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.

A primeira ação desenvolvida foi a capacitação dos profissionais da equipe sobre o protocolo de HAS e Diabetes Mellitus. As capacitações foram desenvolvidas sem dificuldade nas primeiras semanas da intervenção. Os temas tratados foram baseados fundamentalmente na busca ativa dos usuários faltosos, atividades físicas e alimentação saudável para orientar aos usuários com doenças crônicas, utilização dos protocolos para melhorar a qualidade dos atendimentos e outros temas como interpretação do índice de massa corporal e aferição correta da pressão arterial.

A segunda ação prevista no protocolo que foi desenvolvida foi o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, que foi realizada sem dificuldade na primeira semana da intervenção. O cadastramento dos hipertensos e diabéticos no programa começou a ser realizado na terceira semana da intervenção, a partir desse momento até o final da intervenção aconteceu todas as semanas sem dificuldades. Foram acompanhados e avaliados 223 usuários, deles 206 portadores de hipertensão(39,2% de cobertura) e 52 portadores de diabetes(40% de cobertura). Os atendimentos, incluindo o acolhimento dos usuários foram realizados seguindo os protocolos do Ministério da Saúde. Primeiramente todos os usuários que procuravam a unidade eram acolhidos pelas duas técnicas de

enfermagem, cada uma em seu turno de trabalho. Alguns usuários procediam das buscasativas feitas pelos ACS na área de abrangência e outros chegavam espontaneamente.

No início da intervenção foi destinado o arquivo da sala de enfermagem para colocar as fichas de atendimentos individuais e as fichas espelhos disponibilizada pelo curso. As planilhas de coleta de dados ficavam na sala da médica e do enfermeiro para facilitar o seu preenchimento durante cada atendimento e no dia de realizar o monitoramento da intervenção. A técnica de enfermagem tinha a responsabilidade de procurar a ficha de cada usuário quando este chegava procurando atendimento, realizar aferição da pressão arterial e no caso dos usuários diabéticos era realizada a glicemia capilar pela mesma técnica de enfermagem. Depois o ACS era responsabilizado de realizar medição do peso corporal, da altura e da circunferência da cintura, além disso, era calculado o IMC e todos esses dados eram registrados na ficha de atendimento individual e o usuário era levado para a sala do enfermeiro ou a médica para os atendimentos clínicos.

O atendimento clínico foi outra ação que aconteceu sem dificuldade durante os três meses da intervenção, com participação de todos os profissionais da equipe, cada um desempenhando o papel que foi estabelecido na primeira semana. Na semana 5 da intervenção com a chegada dos protocolos originais foram capacitados todos para que estes atendimentos fossem melhorados ainda mais. Nessa semana os indicadores de qualidade melhoraram fundamentalmente o registro adequado nas fichas de atendimento individuais e a estratificação de risco cardiovascular.

Durante os atendimentos o enfermeiro e a médica pesquisavam fatores de riscos, realizavam o exame clínico, avaliavam ou realizavam indicação dos exames complementares de acordo com o Protocolo, era avaliada a medicação em uso, era realizada a estratificação de risco cardiovascular pelo exame clínico utilizando a Escala de Framingham, para todos os usuários era oferecida educação em saúde especificamente sobre hábitos alimentares adequados, prática regular de atividades físicas, era avaliado o estado nutricional, sendo encaminhados os casos necessários para acompanhamento com os profissionais do NASF como nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. Finalmente o usuário voltava para a técnica de enfermagem para receber a medicação, agendamento dos exames e agendamento com demais profissionais para continuidade do cuidado, bem como agendado a próxima consulta.

As fichas de atendimentos individuais dos usuários que participaram da intervenção eram arquivadas pelos ACS por micro área, permitindo desta forma o monitoramento dos usuários faltosos, bem como dos que ainda não estavam cadastrados, também avaliavam os que não tinham realizado exames complementares, os que não tinham recebido atendimento odontológico e as datas das consultas agendadas para ressaltar o dia durante a visita. Como o cuidado era ofertado na UBS de segunda a quinta nos dois turnos de trabalho foi possível acompanhar os usuários da intervenção com qualidade aliado aos atendimentos aos demais grupos populacionais.

Dentro das dificuldades encontradas durante a intervenção está a avaliação do atendimento odontológico, que não foi realizado nas duas primeiras semanas, pois a cadeira de atendimento odontológica esteve quebrada e a equipe deslocou se por orientação do gestor para outros pontos de atendimento em outras UBS. Por fim este cuidado só ficou organizado na terceira semana da intervenção, onde foi pactuado cinco vagas de atendimento em cada turno de trabalho para os usuários participantes da intervenção. Mesmo sendo uma dificuldade foi avaliado positivamente, pois para que isto fosse possível a comunidade precisou ser orientada quanto a isto e nestes momentos outras informações importantes já eram repassadas pela equipe. O planejamento deu certo e os indicadores relacionados com atendimento odontológico foram melhorados sendo possível acompanhar 99.5% dos hipertensos e 100% dos diabéticos até o final da intervenção.

Outra dificuldade que apresentamos foi relacionada com os exames complementares em dia, pois existem dificuldades com o equipamento do laboratório clínico do município e falta de profissionais para realizar estes exames. O gestor desde o início foi informado sobre o problema, mas ainda não foi solucionado o problema, se responsabilizou em trabalhar na sua melhoria mesmo após a intervenção. Infelizmente esta dificuldade é algo que foge a governabilidade de ação da equipe, dependendo da gestão sua melhoria, no entanto a equipe se compromete em estar sensibilizando o gestor continuamente para a importância da agilidade nos exames para estes usuários.

A busca ativa dos usuários faltosos também foi uma das ações que foram realizadas desde o início da intervenção sem dificuldade, sendo possível resgatar 22 hipertensos faltosos e 6 diabéticos. A busca ativa era realizada pelos ACS durante suas visitas domiciliares todos os dias e foi muito produtivo. Na mesma ocasião o

ACS agendava a consulta, pois os atendimentos para estes usuários aconteciam todos os dias nos dois turnos de trabalho, facilitando a adesão ao atendimento sendo considerada a sua disponibilidade em vir.

A divulgação da intervenção foi realizada aproveitando a sala de espera, onde se reuniam os usuários para atendimento médico e odontológico, também os usuários que aguardavam para fazer outros procedimentos de enfermagem. Também foi divulgado durante as palestras oferecidas e durante os atendimentos individuais. Como os líderes da comunidade são usuários da unidade, então, eram aproveitados os atendimentos para dar continuidade á divulgação da intervenção. Outro espaço utilizado para a divulgação foram os trabalhos de grupo, que reunia um grupo importante de usuários e familiares. Sempre que era tratado o tema da intervenção a comunidade ficava entusiasmada oferecendo seu apoio, fundamentalmente na identificação de usuários faltosos, e de outras pessoas que não podiam vir até a unidade por apresentarem dificuldades visuais, deficiências motoras e mentais, sequelas de AVC e que eram portadores de hipertensão arterial e diabetes muitas vezes sem serem identificados pela nossa equipe. Aqui a ajuda da comunidade resultou importantíssima. Também a disponibilidade do transporte oferecido pela gestão nos permitiu deslocarmos para oferecer atendimento domiciliar a estes casos.

Os trabalhos com o grupo de Hipertensos e Diabéticos também foi outra ação realizada sem contratempos, sendo apoiada e facilitada pelos profissionais do Núcleo de Apoio á Saúde da Família (NASF), sendo oferecidas palestras e atividades demonstrativas focando no tema da alimentação saudável e a importância dos exercícios físicos. Os ACS também contribuíram enfatizando sobre a importância das consultas periódicas planejadas, seu objetivo, os prejuízos de não participar ás consultas e a importância da medicação, também foi mencionado pela médica os malefícios do tabagismo.

Para realizar o monitoramento da intervenção foram escolhidas todas as quintas feiras a tarde, a equipe toda se reunia para analisar todos os indicadores da intervenção e como eles estavam evoluindo, eram avaliadas as ações realizadas e remarcadas as que ficaram pendentes, todas as informações recolhidas nas fichas espelhos e nas planilhas de coleta de dados eram repassadas para todos os integrantes da equipe e eram adotadas estratégias de trabalho para a semana seguinte. O trabalho dos ACS, seu comprometimento com o projeto permitiu

alcançar bom resultados da intervenção e a satisfação da população com nosso trabalho. Atualmente a participação de usuários na intervenção é muito maior que no início, e ainda segue a busca dos faltosos, com a ajuda da comunidade. O interesse mostrado por todos os profissionais da equipe nas capacitações realizadas também tem contribuído com os resultados alcançados.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.

Posso dizer que felizmente quase 100% das ações previstas no cronograma foram desenvolvidas sem dificuldades exceto o contato com lideranças comunitárias. Este contato, que era para ser na primeira semana, não foi realizado conforme o planejado, pois cada um dos ACS era responsável de avisar para os líderes de sua área, informando a data e o horário do encontro. Não todos os ACS conseguiram entrar em contato com as pessoas solicitadas, porém não foi possível desenvolver esta ação na primeira semana, como estaria previsto. Isto dificultou a conversa com todas as pessoas que deviam ser envolvidas para explicar os objetivos de nossa intervenção e conseguir seu apoio, mas mesmo com esta dificuldade a ação foi feita, pois aos poucos fomos contatando com as lideranças comunitárias durante as outras semanas e aos poucos foi sendo ressaltados os objetivos do trabalho e como ele seria organizado na UBS, bem como a importância de todos participarem. A equipe esperava reunir todos em uma mesma oportunidade, mas mesmo assim, o objetivo de divulgar o projeto e escutar estratégias para conseguir as metas foi atingido.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

No monitoramento da intervenção, coleta e sistematização, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores não tivemos dificuldades sendo esta a última das ações propostas no cronograma. Nas duas primeiras semanas apareceram dúvidas com o preenchimento da planilha de coleta de dados, mas imediatamente foram resolvidas com o apoio da minha orientadora, que me explicou que cada semana os dados da UBS solicitados no início da planilha de coleta de dados tinham que serem atualizados.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina.

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço aconteceu espontaneamente e sem dificuldades e acredito que os trabalhos terão continuidade mesmo com a finalização do curso, pois todos os integrantes da equipe demonstraram durante os 3 meses da intervenção que entenderam nossos objetivos e a importância deles para melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, além de que todos tem ciência da importância de garantir a continuidade das capacitações dos profissionais, dar continuidade á busca ativa de usuários faltosos, dar continuidade á divulgação de nosso trabalho nesta ação programática e conseguir mais apoio dos profissionais do NASF em relação aos atendimentos individuais destas pessoas. Este serão os aspectos que buscaremos adequar e melhorar para o cuidado ofertado a esta população melhore a cada dia.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu na UBS Batista de Amorim do município de Esperantina/Piauí de forma consecutiva em 12 semanas, iniciada no dia 20 de abril e finalizada no dia 09 de julho do ano de 2015. Segundo o Cadastro do SIAB de 2014, estimam-se 525 usuários portadores de HAS e 130 usuários com DM na faixa etária estabelecida pelo protocolo do Ministério da Saúde (com 20 anos ou mais) em uma população de 3200 pessoas que é o da área de abrangência. A estimativa da planilha de coleta de dados era de 487 hipertensos e 120 diabéticos. A estimativa do CAP era 642 hipertensos e 183 diabéticos. Mas para a intervenção utilizamos os dados do SIAB.

No final da intervenção foi possível apresentar os resultados alcançados através da intervenção desenvolvida em três meses, onde cadastramos um total de 206 hipertensos e 52 diabéticos. Nosso trabalho teve como objetivo melhorar o cuidado ofertado aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A seguir, apresentam-se os resultados com avaliação quantitativa e qualitativa de todos os indicadores de cobertura e qualidade que foram utilizados para monitorar o serviço.

Referente ao objetivo 1 de melhorar a cobertura no programa de hipertensão e diabetes mellitus na UBS

Meta 1.1:Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador1:Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde

Na área de abrangência da UBS existem 525 usuários portadores de HAS, segundo dados do SIAB. No decorrer da intervenção foi possível obter a seguinte evolução. No primeiro mês foram cadastrados e avaliados 63 usuários, ou seja, 12,0%, no segundo mês chegamos a 127 hipertensos (24,2%) e no terceiro mês 206 hipertensos foram cadastrados e acompanhados na UBS, chegando a uma

cobertura de 39,2%. (Figura 1). Não foi possível atingir a meta proposta pelo fato de que a intervenção foi planejada para ter uma duração de 16 semanas e acabou tendo seu tempo reduzido para doze semanas em virtude dos prazos para defesas de TCC, no entanto a cobertura atingida foi avaliada positivamente pela equipe, pois todos se empenharam ao máximo para conseguir captar um maior número possível de usuários, além de que a equipe pretende dar continuidade a fim de ampliar as coberturas gradativamente no decorrer do ano.

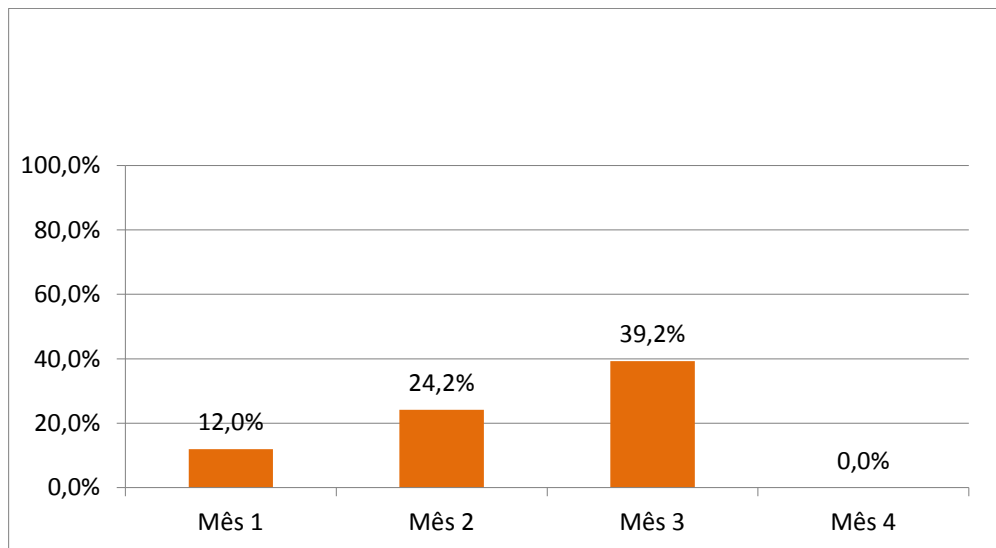


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 1.2: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde

Existiam 130 diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS, segundo dados do SIAB. No primeiro mês foram cadastrados e avaliados 21 diabéticos (16,2%), no segundo mês foram acompanhados e avaliados 32 usuários (24,6%) e no terceiro e último mês foi possível avaliar integralmente 52 diabéticos atingindo uma cobertura de 40,0%. (Figura 2). A meta proposta não foi alcançada como era prevista devido ao tempo da intervenção que foi diminuído. Mesmo com muitas dificuldades por ter usuários faltosos a consultas, o trabalho unido de toda a equipe facilitou resgatar muitos usuários que não estavam cadastrados e pretendemos dar continuidade ao trabalho a fim de contemplar o cadastro da totalidade dos diabéticos nos próximos meses.

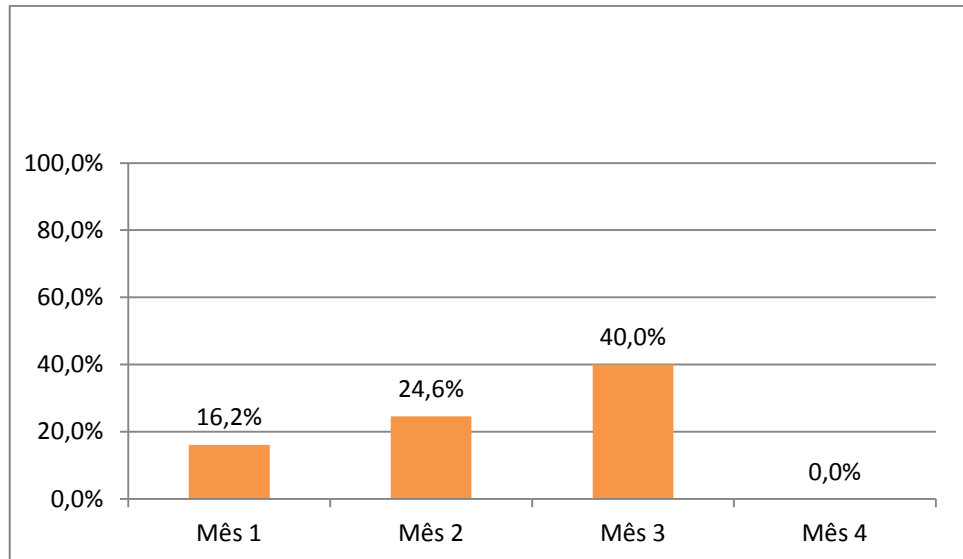


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com DMna ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação à proporção de usuários com exame clínico em dia de acordo com o protocolo preconizado pelo programa, é possível evidenciar que no primeiro mês foram avaliados 63 hipertensos, destes 27 tiveram o exame clínico em dia, ou seja, uma cobertura de 42,9% da população alvo avaliada neste mês. No segundo mês dos 127 hipertensos cadastrados, 111 tiveram o exame clínico atualizado, com uma cobertura de 87,4%. No último mês conseguimos atingir a meta proposta, pois dos 206 hipertensos cadastrados e acompanhados no programa da UBS 100% estavam com exame clínico em dia. (Figura 3).

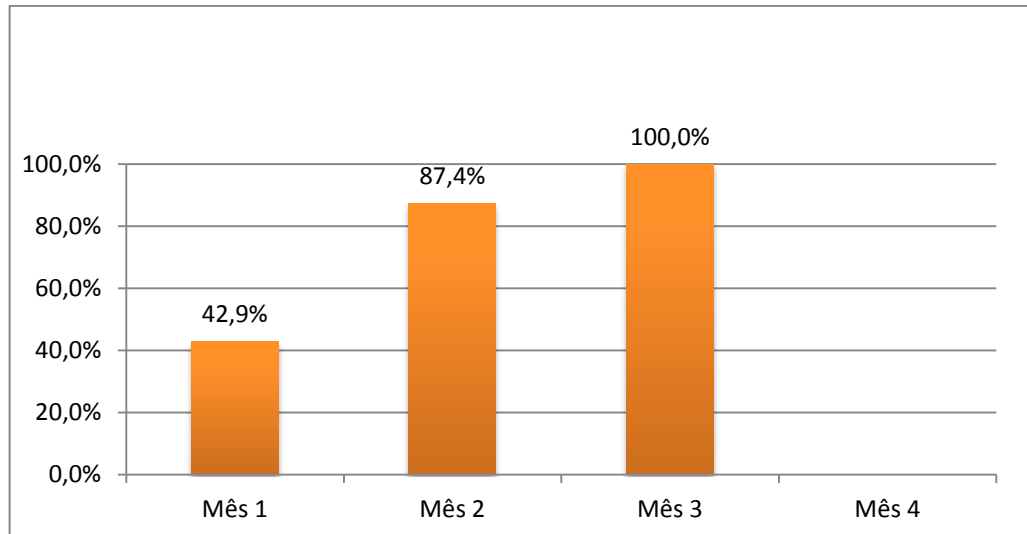


Figura 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador4: Proporção de diabéticos com exame clínico de acordo com o protocolo.

No decorrer dos 3 meses de intervenção foi possível atingir a meta em relação a proporção de diabéticos com exame clínico de acordo com o estabelecido pelo protocolo. No primeiro mês dos 21 diabéticos cadastrados e acompanhados no programa, 10 tiveram a avaliação clínica em dia o que representou um percentual de 47,6%, já no segundo mês esta cobertura aumentou, pois dos 32 diabéticos acompanhados e avaliados, 24 tinham atualizado o exame clínico chegando a 75%. No terceiro e último mês da intervenção conseguimos atingir a meta proposta, pois dos 52 diabéticos cadastrados e avaliados, todos, ou seja, 100% tiveram atualizados o exame clínico como estabelece o programa. (Figura 4).

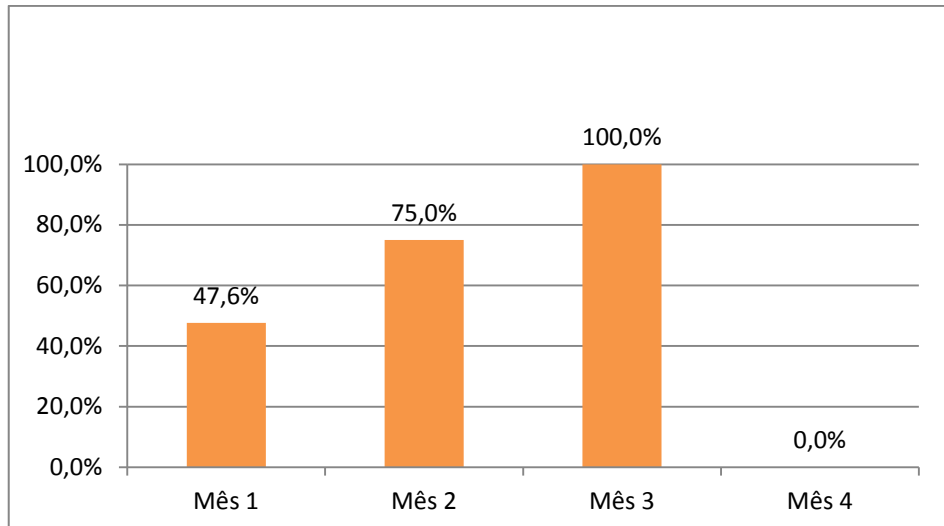


Figura 4- Proporção de DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês, dos 63 hipertensos cadastrados e acompanhados, 16 tiveram os exames em dia, ou seja, 25,4%, no segundo mês dos 127 hipertensos cadastrados e acompanhados, 70 deles estavam com exames complementares atualizados de acordo com protocolo, o que representou 55,1%. No terceiro mês dos 206 hipertensos avaliados e cadastrados, 195 estavam com exames complementares em dia que representa 94,7%. Esta meta não foi atingida 100% devido às dificuldades que existem no município com o laboratório clínico que não dispõe dos equipamentos adequados para satisfazer a demanda existente e como muitos usuários não possuem condições de realizar os exames no sistema privado acabaram não realizando o exame no período preconizado pela intervenção, no entanto, terão o acesso garantido posteriormente.(Figura 5).

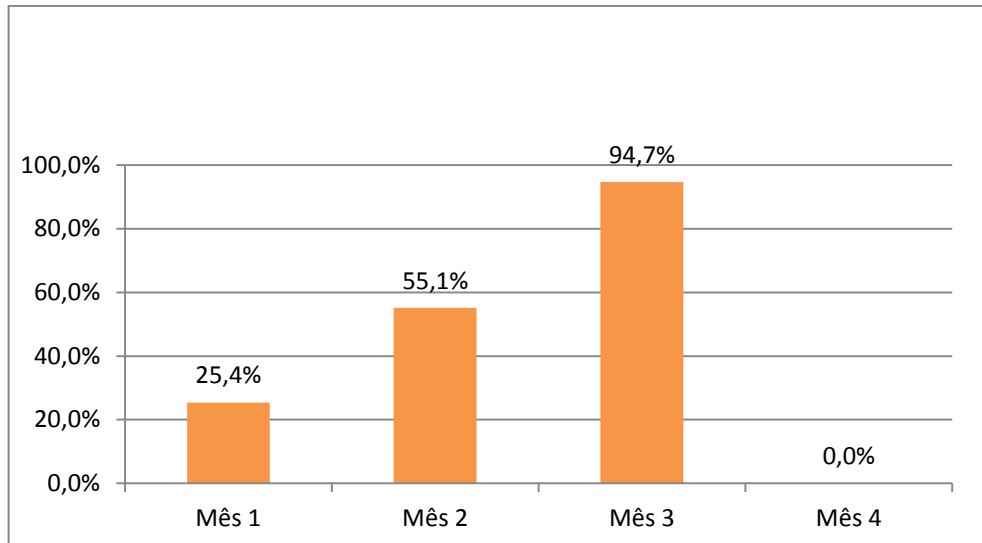


Figura 5 - Proporção de HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção dos 21 diabéticos cadastrados 9 apresentavam avaliação complementar em dia de acordo com o protocolo, ou seja, uma cobertura de 42,9%, já no segundo mês esta cobertura aumentou de maneira positiva, onde dos 32 diabéticos acompanhados e avaliados 19 tinham atualizado em dia o exame clínico ou seja, 59,4%. No último mês da intervenção a equipe conseguiu avaliar e acompanhar 52 diabéticos, destes, 49 tinham os exames complementares em dia, o que representa uma cobertura de 94,2%. Assim como no indicador anterior a meta não foi atingida em 100% em virtude das mesmas dificuldades já relatadas, mas será assegurada a realização dos exames para todos os diabéticos cadastrados no programa após o término da intervenção. (Figura 6).

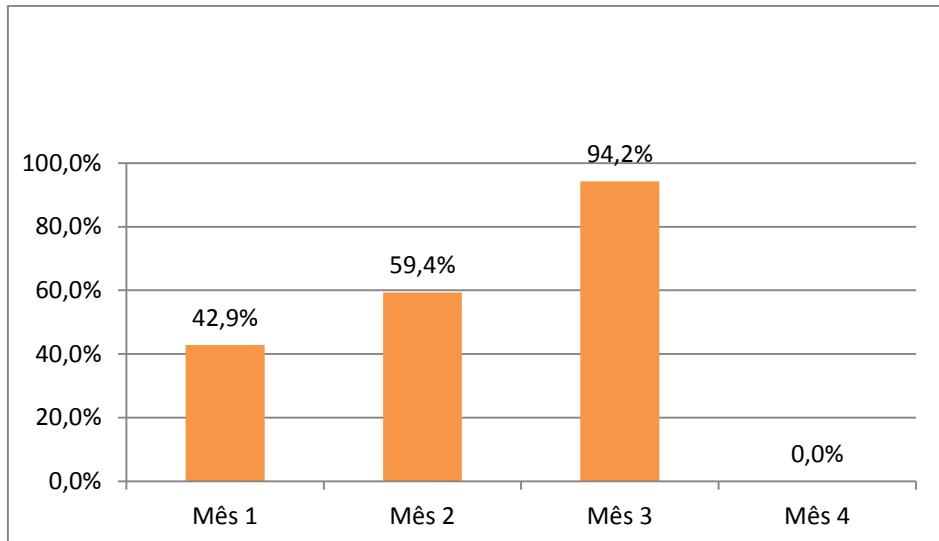


Figura 6 - Proporção de DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados e avaliados 63 hipertensos, destes 57 tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, o que representou um percentual igual a 90,5% de cobertura, já no segundo mês dos 127 hipertensos cadastrados, 117, ou seja, 92,1% tinham prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular, e no terceiro mês dos 206 hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe, 197 tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, o que representou 95,6%. Neste caso não foi atingido 100% pelo fato de que 9 usuários hipertensos necessitaram fazer uso de outros medicamentos que não dispunham na lista da farmácia básica, pois não conseguiam controlar a doença com a utilização dos medicamentos da farmácia popular. (Figura 7).

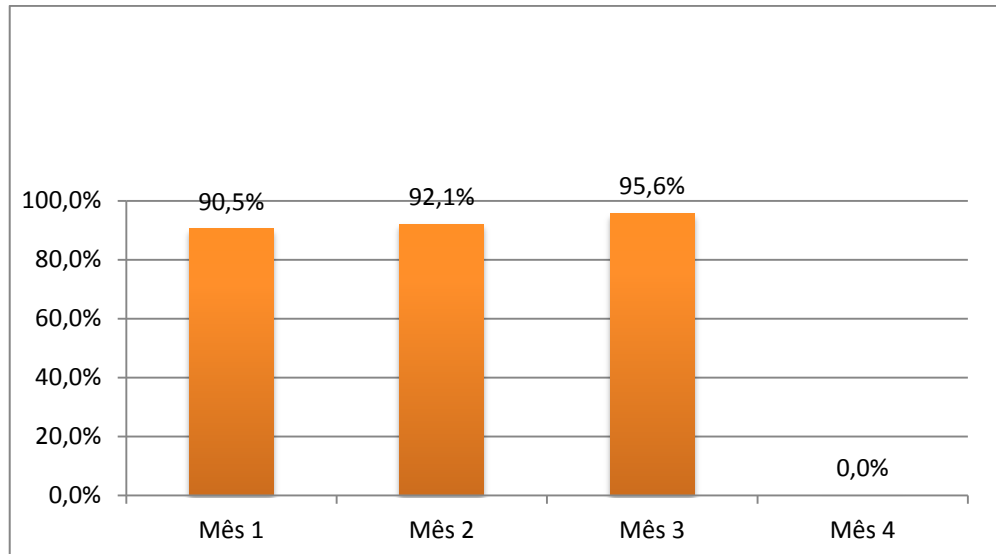


Figura 7 - Proporção de HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês foram avaliados 21 diabéticos, destes, 17(81,0%) tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, no segundo mês dos 32 diabéticos cadastrados e acompanhados, 27(84,4%) tinham prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular priorizada. No terceiro e último mês da intervenção, dos 52 usuários com DM cadastrados e acompanhados na UBS, destes, 50 tiveram a prescrição de seus medicamentos da Farmácia Popular priorizada o que representa uma cobertura igual a 96,2% (Figura 8). Neste caso acontece a mesma situação já relatada anteriormente, pois existem 2 usuários diabéticos que fazem uso de outros medicamentos que não estão disponíveis na farmácia popular e por este motivo o indicador não chegou a 100%.

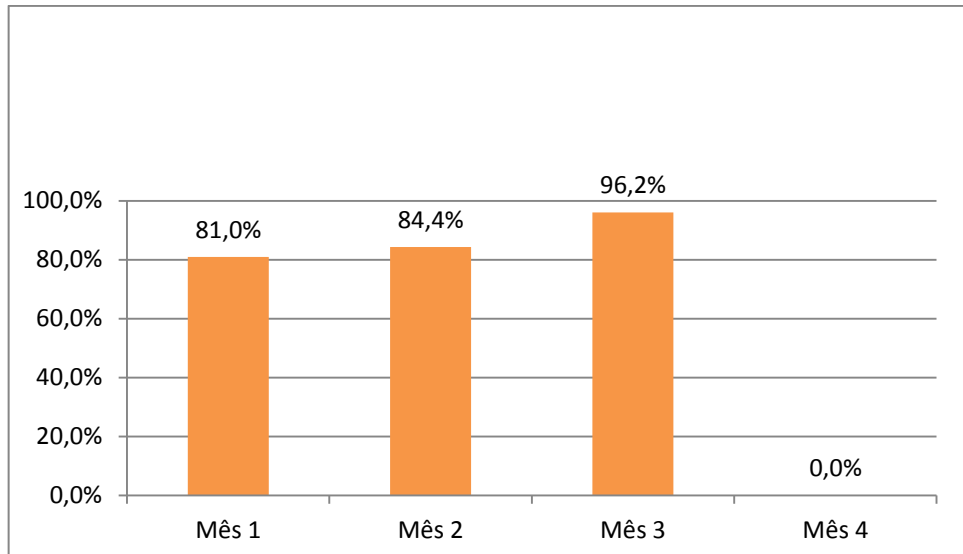


Figura8 - Proporção de DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante as duas primeiras semanas da intervenção existiram dificuldades com a avaliação das necessidades de atendimento odontológico aos usuários com hipertensão arterial, pois a equipe odontológica foi deslocada para atender em outras unidades, pois a cadeira da UBS quebrou. Na terceirasemana foi adotada uma estratégia que facilitou os atendimento dos usuários pelo dentista e portanto foi possível atingir a seguinte evolução neste indicador. No primeiro mês dos 63 hipertensos cadastrados, 34 destes, ou seja, 54,0 % foram avaliados pelo dentista, no segundo mês esta cobertura aumentou e dos 127 hipertensos cadastrados, 116 foram avaliados, com uma cobertura de 91,3% e no terceiro mês, dos 206 hipertensos acompanhados 205, ou seja, 99,5% tiveram esta avaliação. Não foi possível atingir 100% pois um usuário mesmo com varias tentativas e buscas pela equipe se mostrou resistente em vir para o atendimento, segundo ele era por motivo de trabalho e, portanto acabou ficando sem a avaliação. No entanto a equipe continuará a busca deste e outros usuários visando a sensibilização quanto a importância deste cuidado bem como buscando estratégias de enfrentamento de tais situações. (Figura 9).

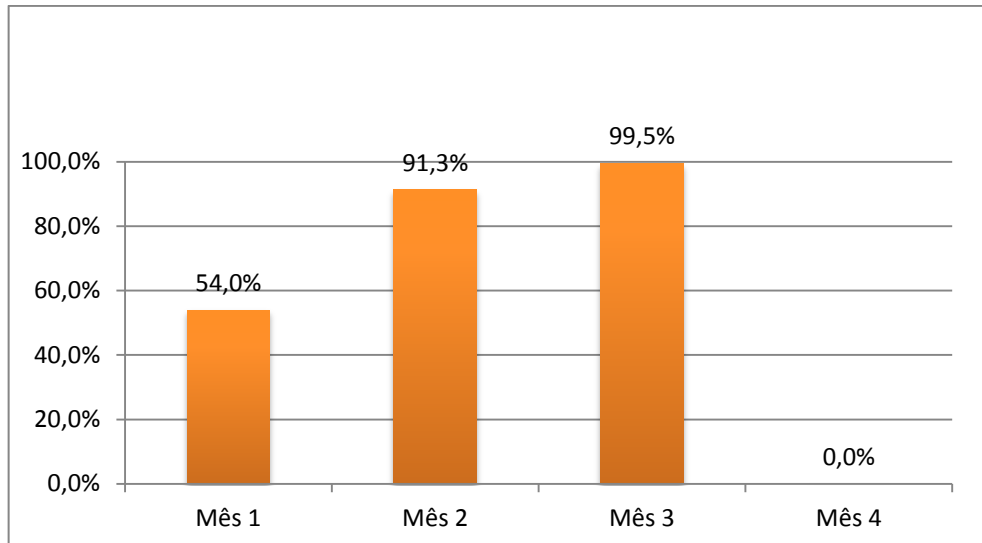


Figura 9 - Proporções de HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

No primeiro mês, dos 21 portadores de DM cadastrados e acompanhados, 11 tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ou seja, 52,4% de cobertura. No segundo mês, dos 32 acompanhados, 26 tiveram avaliação pelo dentista, o que represento 81,3% e no terceiro mês conseguimos atingir 100% da meta, pois dos 52 diabéticos acompanhados, os 52, ou seja, 100% deles tiveram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada pelo dentista. (Figura 10).

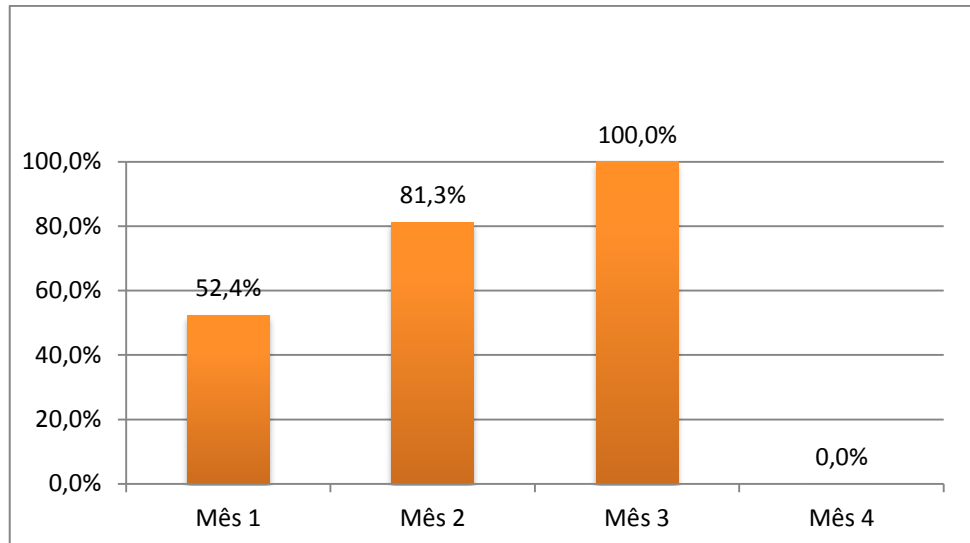


Figura 10 - Proporções com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Referentes ao objetivo 3 de melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção dos hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

O número elevado de usuários faltosos que identificamos no início da intervenção chamou a atenção da equipe, e, portanto as buscas ativas foi uma das prioridades de trabalho durante o decorrer da intervenção. Os resultados deste indicador foram os seguintes: no primeiro mês dos 63 hipertensos cadastrados, 18 estavam faltosos as consultas, destes, todos foram buscados pela equipe, ou seja, 100% de cobertura. No segundo mês dos 127 hipertensos cadastrados, 20 estavam faltosos, destes, todos, ou seja, 100% foram resgatados pela busca ativa e encaminhados a unidade de saúde para seu acompanhamento. No terceiro mês dos 206 hipertensos cadastrados no programa, 22 encontravam-se faltosos e destes todos foram buscados pela equipe fechando com uma cobertura de 100% para este indicador.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Este indicador obteve 100% de cobertura ao longo dos três meses de intervenção. No primeiro mês dos 21 diabéticos cadastrados e acompanhados no programa, 6 faltaram as consultas, sendo que estes 6 foram buscados pela equipe alcançando 100% de cobertura. O mesmo aconteceu no segundo e terceiro mês, já que dos 32 diabéticos cadastrados, 7 estavam faltosos e foram resgatados pela equipe, e no terceiro mês dos 52 diabéticos cadastrados, 6 estavam faltosos e foram buscados, totalizando 100% de cobertura.

Referente ao Objetivo 4 de melhorar o registro das informações do Programa de Atenção a Pacientes com HAS e DM

Meta13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade

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

No primeiro mês foram avaliados 63 hipertensos, destes 47 tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, ou seja, 74,6%, no segundo mês dos 127 hipertensos cadastrados, 106 tinham seu registro adequado na ficha de acompanhamento, ou seja, 83,5% de cobertura. Ao finalizar o terceiro mês dos 206 hipertensos cadastrados, todos tinham o registro adequado na ficha de acompanhamento, o que representou uma cobertura de 100% para este indicador. (Figura 11). Para o alcance deste indicador foi necessária a colaboração de todos os integrantes da equipe, tendo em vista que nas fichas precisavam constar todas as consultas e outros procedimentos realizados a cada usuário, bem como as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, as avaliações pela equipe odontológica, os resultados dos exames complementares, as avaliações por outros profissionais do NAF, foram todos estes registros que permitiram uma avaliação integral dos usuários atendidos durante a intervenção.

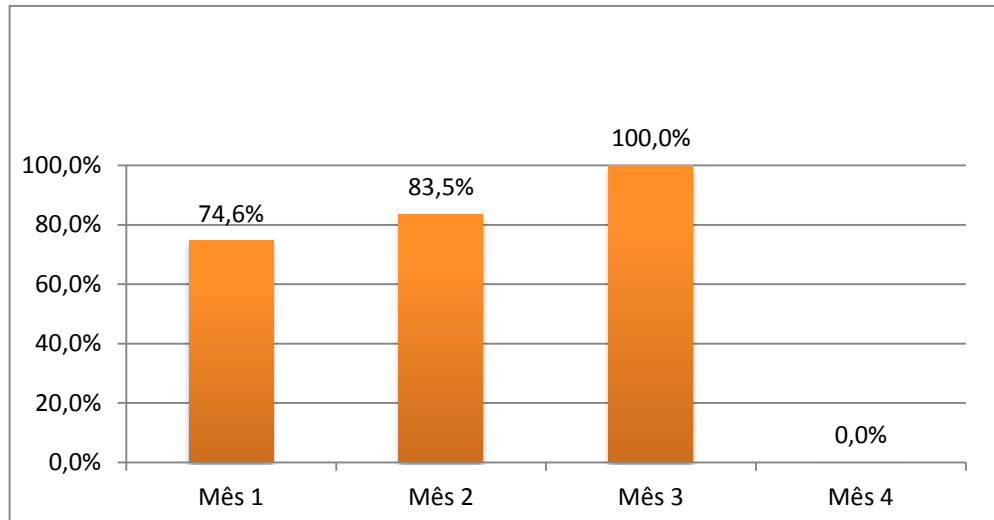


Figura11 - Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Em relação aos diabéticos, dos 21 diabéticos cadastrados no primeiro mês, 15 estavam com registro adequado, um percentual igual a 71,4%. No segundo mês dos 32 usuários com DM cadastrados, 23 apresentavam registro em ficha de acompanhamento, uma cobertura de 71,9%, já no final do terceiro mês dos 52 usuários cadastrados e avaliados, todos, ou seja, 100% estavam com o registro adequado em ficha de acompanhamento. (Figura 12). A meta foi atingida pelas mesmas razões expostas no indicador dos hipertensos, pois foi realizado o mesmo sistema de registro para estes usuários, com a colaboração de todos os integrantes da equipe.

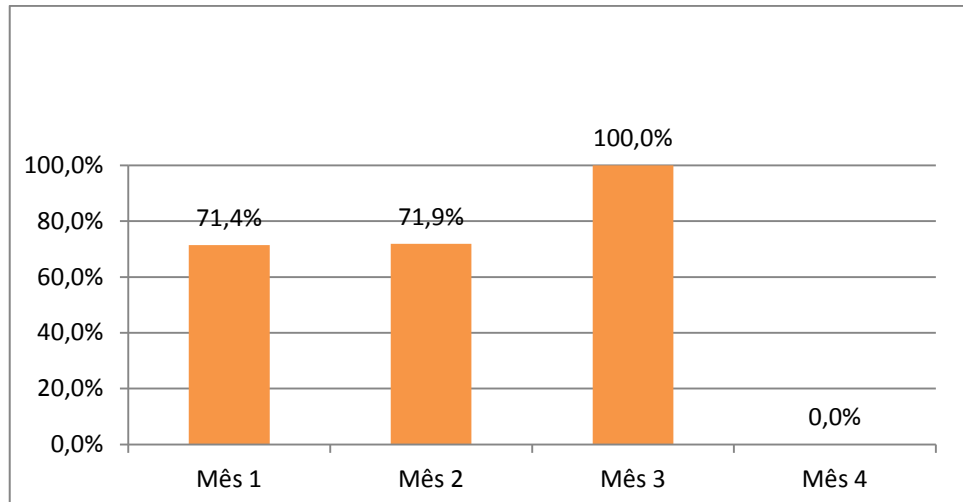


Figura12 - Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Referente ao objetivo 5 de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A chegada dos Protocolos de Atendimento dos usuários portadores de HAS e Diabetes resultou muito importante para desenvolver este indicador e atingir 100% da meta durante os 3 meses da intervenção, pois com eles foi realizada a capacitação dos profissionais em relação ao adequado exame clínico para estratificação do risco cardiovascular. No primeiro mês dos 63 hipertensos cadastrados, 28 estavam com a estratificação de risco cardiovascular, o que representou 44,4% de cobertura. No segundo mês dos 127 hipertensos cadastrados, 112 foram avaliados em relação à estratificação de risco cardiovascular, o que representou uma cobertura de 88,2%. No terceiro mês, a cobertura chegou a 100% para este indicador, tendo em vista que dos 206 cadastrados, todos foram avaliados para estratificação clínica de risco cardiovascular. (Figura 13).

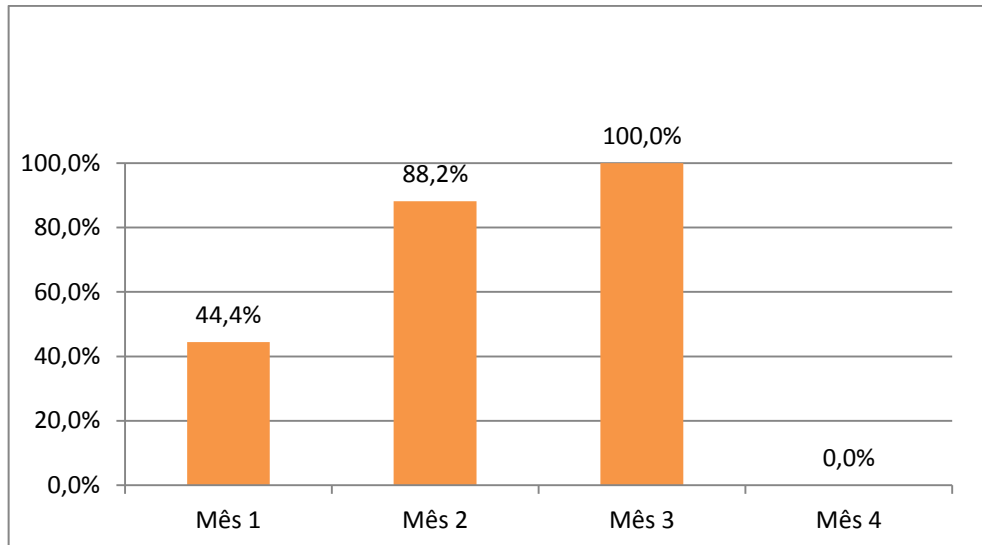


Figura 13 - Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos usuários com DM avaliados com a estratificação de risco cardiovascular foi possível atingir a seguinte evolução. No primeiro mês da intervenção dos 21 diabéticos cadastrados, 10 encontrava-se com esta avaliação, ou seja, 47,6% de cobertura. No segundo mês dos 32 diabéticos cadastrados, 25 apresentavam esta avaliação, com uma cobertura de 78,1%, já no terceiro mês dos 52 diabéticos cadastrados, todos, ou seja, 100% foram avaliados integralmente e feita sua estratificação de risco cardiovascular. (Figura 14).

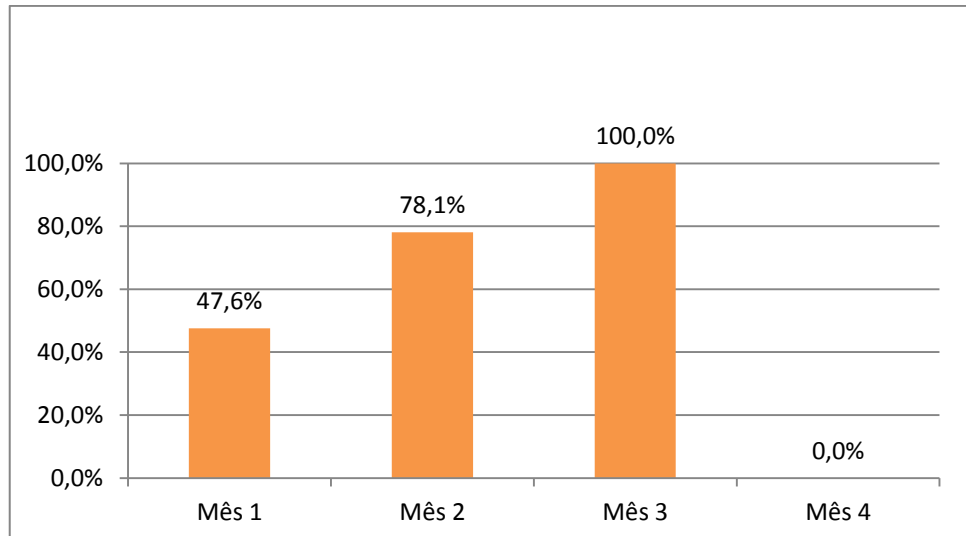


Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Referente ao objetivo 6 de promover hábitos saudáveis em pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Nosso projeto de intervenção desde seu início estaria destinado a oferecer uma maior educação em saúde para os portadores de hipertensão e diabetes, com a finalidade de elevar sua qualidade de vida e conseguir o controle não farmacológico de suas doenças. Para isto foram realizados durante a intervenção encontros com grupos de hipertensos e diabéticos, e oferecidos palestras com este propósito. Os atendimentos individuais também permitiram orientar aos usuários sobre hábitos de alimentação saudável. Portanto este indicador desde o primeiro mês da intervenção até o final alcançou 100% da meta proposta, ou seja, dos 63, 127 e 206 cadastrados e avaliados nos três meses respectivamente, todos foram orientados quanto a alimentação saudável.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicadores 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Assim como mencionado no indicador passado, o mesmo ocorreu com os diabéticos, foi possível atingir 100% da cobertura para este indicador nos três meses da intervenção, ou seja, dos 21, 32 e 52 diabéticos cadastrados e acompanhados no programa da UBS, todos, ou seja, 100% receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. Além das orientações oferecidas nos atendimentos individuais, estas orientações eram apoiadas pelos integrantes da equipe durante as palestras e em outras ocasiões pela nutricionista do NASF.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

A prática regular de atividade física constitui outro dos hábitos saudáveis a modificar durante a intervenção, sendo orientada aos usuários durante os atendimentos individuais ou nos grupos, sua importância no controle das doenças cardiovasculares. No primeiro mês dos 63 hipertensos cadastrados, 62, ou seja, 98,4% haviam recebido orientação sobre a importância da prática sistemática e regular de atividade física. No segundo e terceiro mês dos 127 e 206 hipertensos cadastrados, todos haviam recebido tais orientações, ou seja, 100% de cobertura. Ao final da intervenção todos haviam sido orientados adequadamente em relação à prática regular de atividade física e seus benefícios no controle desta doença. (Figura 15).

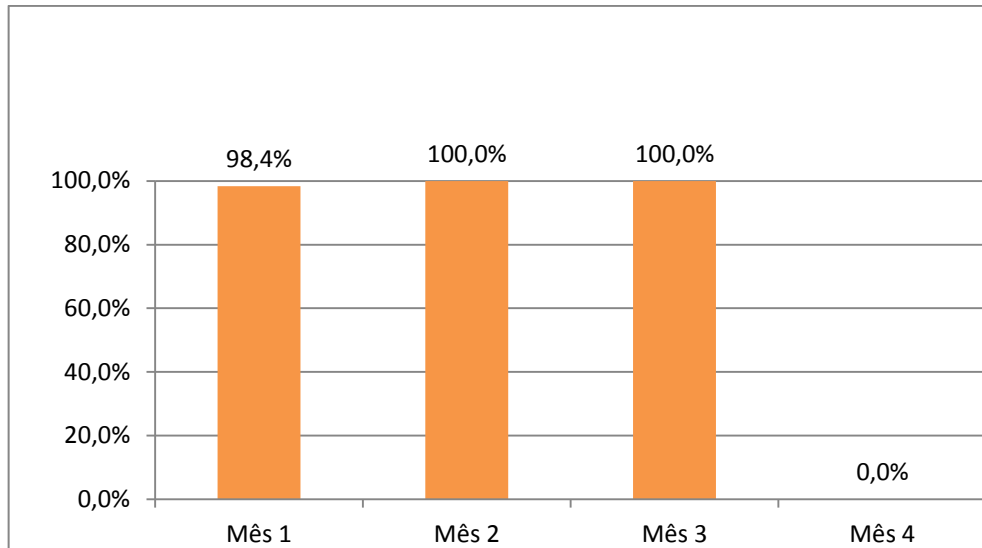


Figura 15 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em relação aos usuários com DM de nossa população alvo avaliada durante os três meses da intervenção, desde o início, 100% dos cadastrados e avaliados receberam educação quanto à realização de atividade física, sendo assim podemos dizer que dos 21, 32 e 52 usuários avaliados no primeiro, segundo e terceiro mês consecutivamente, todos, ou seja, 100% receberam orientação sobre prática regular de atividade física e seus benefícios para o controle das doenças que apresentam.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante o primeiro mês da intervenção a equipe conseguiu avaliar um total de 63 hipertensos, deles 52 receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, que representou uma cobertura de 82,5%. No segundo e terceiro mês dos 127 e 206 hipertensos cadastrados no programa, todos, ou seja, 100% foram orientados adequadamente quanto aos riscos do tabagismo. (Figura 16). Esta orientação também era oferecida e apoiada durante as palestras e trabalho com os grupos, com

apoio do psicólogo da equipe do NASF, oferecendo orientações sobre os métodos atuais para abandonar o uso do cigarro.

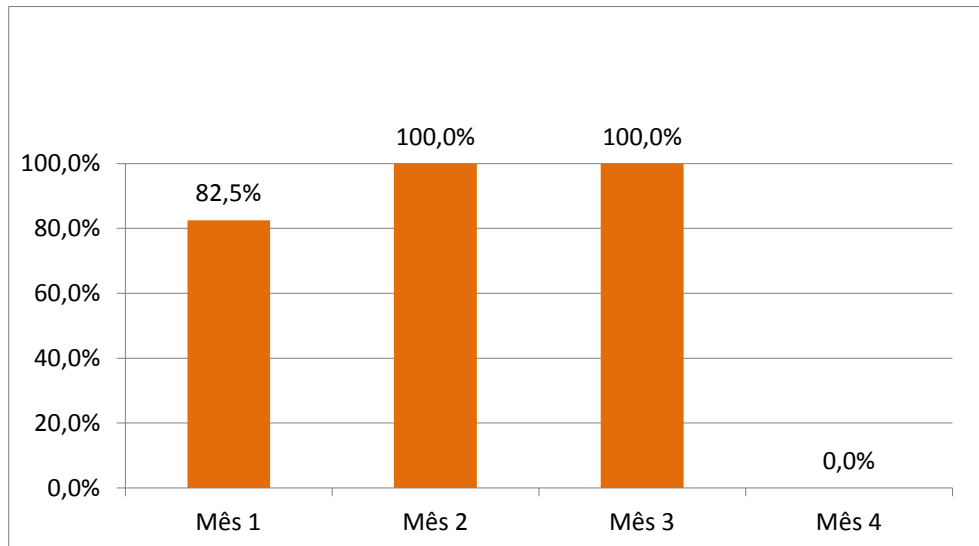


Figura 16 - Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação aos 21 usuários com DM cadastrados no primeiro mês 17 receberam orientações sobre os riscos do tabagismo o que representou um percentual de 81,0%, já no segundo e terceiro mês dos 32 e 52 diabéticos cadastrados, todos, ou seja, 100% foram orientados quanto aos riscos do tabagismo e seus efeitos para apresentação de complicações das doenças cardiovasculares além dos custos e malefícios que o hábito de fumar traz para o usuário, sua família e a comunidade. (Figura 17).

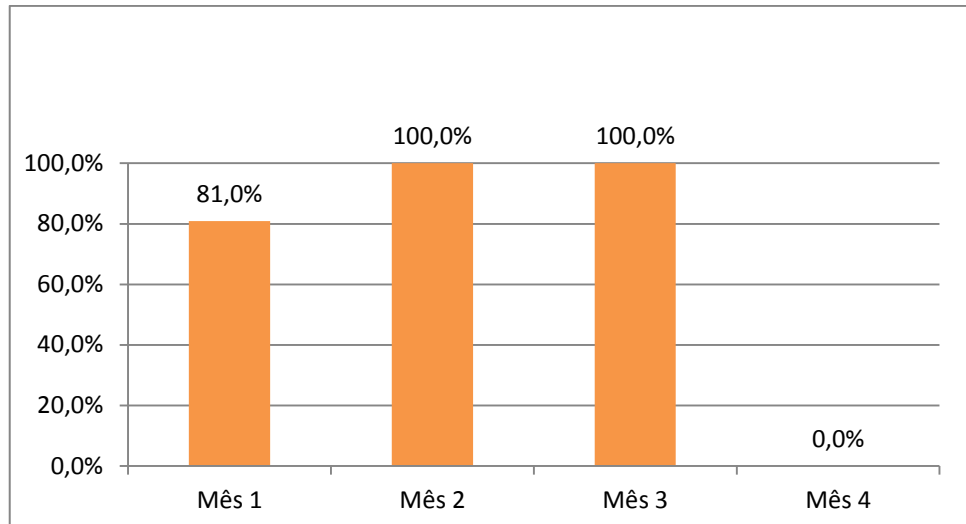


Figura 17 - Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês de um total de 63 hipertensos cadastrados, 34 receberam orientações sobre higiene bucal, o que representou 54% de cobertura. No segundo mês dos 127 cadastrados e avaliados, 119 receberam orientações sobre higiene bucal, ou seja, 93,7%. No terceiro mês dos 206 hipertensos acompanhados, 100% deles foram orientados sobre quais são os riscos do abandono da saúde bucal, sobre a importância da higiene bucal e dos atendimentos odontológicos, assim como, de forma geral os benefícios que estes atendimentos e acompanhamentos propiciam a saúde. (Figura 18).

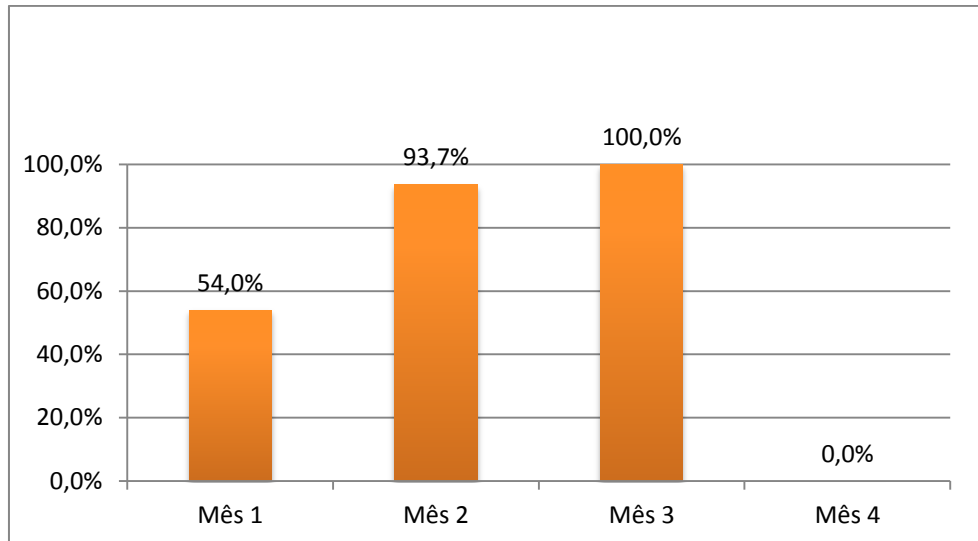


Figura 18 - Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em relação aos usuários com DM que participaram da intervenção, no primeiro mês dos 21 diabéticos cadastrados, 11 receberam orientações sobre higiene bucal, ou seja, 52,4% de cobertura. No segundo mês dos 32 diabéticos avaliados, 26 deles receberam orientação sobre higiene bucal, o que representou uma cobertura de 81,3% e no terceiro mês dos 52 diabéticos avaliados, todos, ou seja, 100% receberam a orientação sobre higiene bucal, a importância das avaliações periódicas pelo dentista para prevenção de complicações e tratamento oportuno de doenças bucais como forma de prevenir ou desencadeador de complicações da diabetes. (Figura 19).

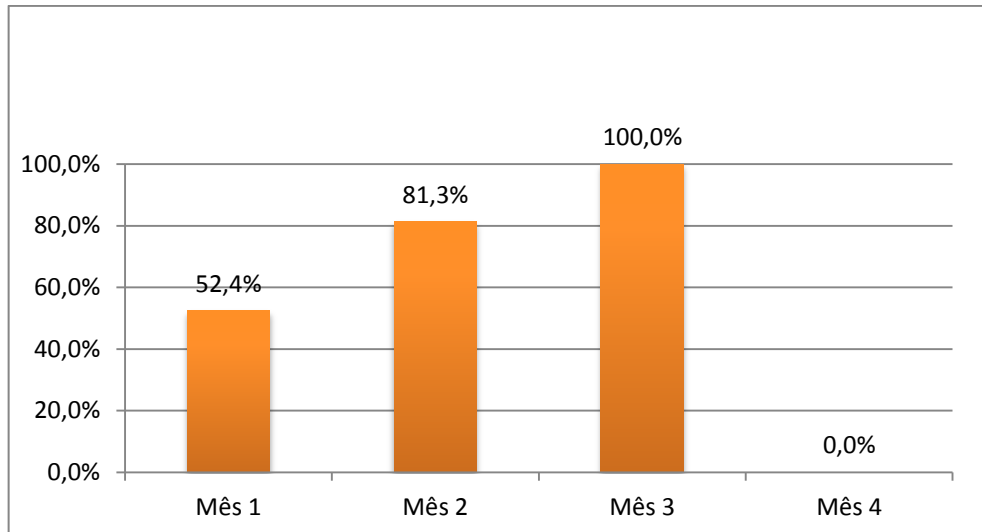


Figura 19- Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na ESF Batista de Amorim, Esperantina/PI. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Por fim, é possível afirmar que, mesmo algumas metas não serem atingidas conforme pactuado pela equipe, a intervenção foi avaliada de forma muito positiva tendo em vista os inúmeros avanços ocorridos e a significativa melhoria ocorrida no serviço. Além de que, estamos cientes de que com a participação de toda a equipe, com apoio da equipe do NASF, com a continuidade dos trabalhos e realização das ações propostas, as coberturas tendem a melhorar gradativamente.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame clínico adequado para estratificação de risco cardiovascular, ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para classificação de risco de ambos os grupos. Tudo isso junto à melhoria do engajamento público, melhoria da participação da comunidade dos trabalhos da equipe, as atividades de educação em saúde com participação dos profissionais do NASF, permitindo elevar a qualidade dos atendimentos aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Com a realização dos trabalhos da intervenção foi possível elevar as ações de promoção, prevenção e reabilitação, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos, prevenir o aparecimento de complicações próprias destas doenças, reabilitar os usuários com sequelas, sensibilizá-los para hábitos alimentares saudáveis, incentivo a prática de exercícios físicos e incorporá-lo á sociedade tendo em vista que a maioria destes usuários são idosos e estão desvinculados socialmente.

No que tange a equipe a intervenção foi muito importante. Depois das capacitações e as reuniões realizadas no decorrer dos 3 meses da intervenção, hoje todos os integrantes encontram mais capacitados e orientados para oferecer uma atenção de qualidade. Cada um possui suas atribuições bem definidas e isto permite organização no trabalho. Com a intervenção ficou definido que os ACS seriam responsáveis na busca de usuários faltosos, bem como iriam apoiar a equipe na sensibilização destes quanto à importância da adesão as ações ofertadas e ao tratamento, nas atividades coletivas de educação em saúde bem como iriam trabalhar na busca constante para a captação de possíveis novos usuários na comunidade. As auxiliares de enfermagem seriam as responsáveis pelo acolhimento e registro inicial dos dados na ficha espelho dos usuários, assim como a educação em saúde tanto a nível individual como coletivo. O enfermeiro, a médica e o dentista ficaram responsáveis dos atendimentos clínicos, a avaliação do risco cardiovascular e as atividades de promoção e prevenção, assim como as atividades de avaliação e monitoramento do programa.

Ao final todos os profissionais trabalharam engajados com a comunidade no controle social do programa, com a participação de outros profissionais de outras secretarias, profissionais do NASF e os gestores. O ganho mais importante que a equipe conquistou foi o trabalho em equipe e isso permitiu resgatar muitos usuários faltosos, avaliar integralmente os usuários, realizar atendimentos domiciliares aos usuários com incapacidade de se deslocar até a unidade, ensinar a importância de uma adequada adesão ao tratamento e realização periódica dos exames complementares, enfim, conseguimos oferecer educação sanitária sobre promoção de saúde, prevenção e controle de suas doenças para todos os usuários que receberam atendimento. A equipe melhorou a comunicação interpessoal, a motivação e a capacidade de trabalhar juntos e manter os trabalhos no futuro, incorporando os trabalhos realizados ás outras ações programáticas da unidade.

Para o serviço, foi possível com a intervenção melhorar muitos problemas que existiam na unidade de organização, planejamento e execução do programa de atendimento a diabéticos e hipertensos. No primeiro lugar não existiam registro adequado dos usuários, com isto ficava muito difícil o seguimento deles, não era possível identificar os usuários não cadastrados e os faltosos as consultas, o que dificultava saber realmente quais eram os que precisavam ser buscados pelos ACS para reincorporar ao programa. O atendimento clínico apresentava dificuldades, pois não era realizado seguindo os protocolos de atendimento, o que dificultava a realização da estratificação de risco cardiovascular, a avaliação das necessidades de atendimento odontológico, não existia um fornecimento adequado de medicamentos da farmácia básica, existiam problemas no acolhimento e agendamento das consultas, assim como não se tinha uma política adequada para o atendimento de usuários por demanda espontânea. Não estavam definidas as estratégias para a promoção e prevenção da saúde, o cadastro e avaliação integral dos usuários com HAS e DM da área de abrangência não era uma prioridade dentro do cronograma de trabalho da equipe, porém era muito desorganizado. Não tinham muita compreensão de que a prevenção dos fatores de risco, mudanças nos padrões, hábitos e costumes errados melhoraria a incidência e prevalência destas doenças crônicas.

Então com este trabalho conseguimos colocar o programa de atendimento a hipertensos e diabéticos dentre os mais importantes, sem deixar de atender os outros programas. Conseguimos melhorar a organização na rotina de atendimento baseado no programa do Ministério de Saúde, e no final da intervenção, todos os usuários foram acolhidos e avaliados clinicamente assim como sua situação de saúde bucal. Todos foram cadastrados mediante as fichas espelhos e avaliada sua condição de risco cardiovascular, todos eles foram instruídos sobre a saúde bucal, alimentação saudável, prática de exercícios físicos sistemática e o risco de tabagismo e de consumo de álcool. Foram resgatados e encontram se funcionando periodicamente os grupos de hipertensos e diabéticos e planejadas atividades esportivas e educativas que sistematicamente acrescentam a educação em saúde geral dos usuários.

A comunicação da equipe com a comunidade e seus líderes foi outro ganho muito importante e que foi alcançado com nosso trabalho durante os 3 meses da intervenção, ferramenta fundamental para alcançar os objetivos, também

incentivamos o apoio dos gestores, líderes religiosos da comunidade e dos setores que não pertencem à saúde na solução dos problemas que identificamos desde o início da intervenção. A equipe saiu fortalecida em relação com as vantagens de trabalhar em conjunto e mais capacitada para oferecer atendimento a este grupo de usuário.

Para nossa comunidade o desenvolvimento do projeto alcançou um importante impacto, pois agora nossa população reconhece a importância dos atendimentos de qualidade para este grupo de usuários, também estão cientes da importância do resgate dos faltosos com a ajuda de todos os familiares e vizinhos junto com a equipe, agora são capazes de compreender o planejamento dos atendimentos livres e agendados para atingir todas as demandas da unidade, dando prioridade aos grupos de hipertensos e diabéticos. A comunidade ficou mais preparada, organizada e com maior motivação para apoiar os projetos de saúde, pois a intervenção propiciou orientações também para os líderes comunitários, para as pessoas que trabalham em instituições públicas, para os cuidadores de idosos e acamados, que foram orientados em relação à prevenção de complicações das doenças crônicas com modificações de estilos de vida mais saudáveis. As escolas e a igreja que se encontram na área de abrangência também foram utilizadas para ampliar a educação em saúde, onde os profissionais do NASF, a equipe odontológica e nossa equipe orientavam em relação com alimentação saudável, prática de exercícios físicos, importância da saúde bucal, com o propósito de evitar os fatores de risco para doenças crônicas e também aproveitar estes espaços para divulgação do projeto.

Conseguimos com este trabalho mostrar que podemos trabalhar e mudar os estilos de vida da população, que podemos trocar experiências e idéias com líderes das comunidades, equipe, gestor municipal e o coordenador de Atenção Básica da secretaria municipal de saúde do município. O apoio incondicional e permanente da gestão do município foi imprescindível, todos sempre estiveram presentes e prontos para ajudar na hora que precisávamos, mostrando-se engajados com os serviços e foi assim durante todo este trabalho.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento priorizaria mais o trabalho com a comunidade e os líderes comunitários desde o início, porque sem seu apoio é muito difícil atingir os objetivos. Também seria muito importante contar com o apoio do gestor desde o início da intervenção, porém trabalharia na sensibilização dele

para procurar vias de solução de problemas quanto a estrutura, o fornecimento de insumos, medicamentos e aparelhos, bem como buscaria traçar estratégias precoces para que juntos pudéssemos discutir soluções para os problemas, sempre envolvendo a comunidade e os usuários na busca destas melhorias. O restante das atividades faria do mesmo jeito, pois creio que a metodologia recomendada no desenvolvimento deste projeto de intervenção está bem desenhada e nos ajudou a obter os resultados atingidos.

A intervenção já está incorporada a rotina do atendimento da unidade, é possível dizer que atualmente todos os usuários estão sendo cadastrados no programa e se beneficiam de todas as ações ofertadas pela equipe para os portadores de hipertensão arterial e diabetes, ainda mais com a utilização dos protocolos de atendimentos recebidos no início da intervenção que possibilitou um maior conhecimento sobre os cuidados deles.

A incorporação da metodologia do projeto a outros programas como o programa de atenção a pessoa idosa e atenção a crianças será o próximo passo para melhorar a atenção à saúde no serviço. Além das dificuldades encontradas, a maioria das metas e dos objetivos foram alcançados. Tivemos muitos avanços durante o desenvolvimento do projeto, melhorando os indicadores propostos bem como outros aspectos nos atendimentos dos usuários com hipertensão e diabetes. Estes outros aspectos estariam relacionados com sua medicação, compensação dos valores de pressão arterial e glicemia capilar que muitos apresentaram elevados no início da intervenção por falta do controle regular. Aos poucos percebemos que as ações desenvolvidas por meio da intervenção estavam modificando o estilo e costume de vida de muitos dos nossos usuários. As capacitações para a equipe foram muito importantes, pois todos têm se mostrados motivados e interessados pelo projeto e colaboraram incansavelmente para atingir nossos objetivos. Depois dos três meses da intervenção a comunicação dos integrantes da equipe é maior, agora podemos considerar nossa equipe como uma grande família integrada para conseguir os mesmos propósitos, centrados na melhor qualidade nos atendimentos aos nossos usuários.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

Estamos apresentando a seguir um relatório da intervenção proposta pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL, requisito a ser cumprido por todos os médicos integrantes do programa Mais Médicos para o Brasil no qual estamos aderidos. Nossa intervenção foi realizada na UBS Batista de Amorim durante um período de 12 semanas que iniciou no dia 20 de abril até o dia 9 de Julho de 2015. Nossa intervenção teve como objetivo a melhoria do cuidado ofertado aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes na UBS Batista de Amorim, levando em conta que ambas das doenças são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) com perda importante da qualidade de vida e a população da nossa área de abrangência não está isenta desta situação.

Além disso, foi escolhida esta ação programática, pois durante a realização da unidade 1 da especialização sobre Análise Situacional percebemos as dificuldades existentes com este grupo de usuários, especificamente a existência de baixa cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. No início da intervenção não existiam registros adequados para controle e fiscalização do programa e muitos destes usuários estavam faltosos às consultas. Os atendimentos clínicos também não eram realizados como orientam os protocolos, pois precisamente estes protocolos estariam faltando na UBS. Com estas dificuldades encontradas e levando em conta que os demais programas estariam com menos deficiências, foi então tomada a decisão na equipe de trabalhar com este grupo.

A população alvo da intervenção compreendeu os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e portadores de Diabetes Mellitus (DM). Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2013 e tem como objetivos específicos ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade do atendimento destes, melhorar a adesão deles ao programa, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde deles. No final da intervenção

os principais resultados são os seguintes: foram cadastrados 206 hipertensos na UBS, chegando a uma cobertura de 39,2%, foi possível avaliar integralmente 52 diabéticos atingindo uma cobertura de 40%.

Quanto aos indicadores de qualidade, com nossa intervenção foram elevados; a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada em 206 usuários com HAS e nos 52 usuários com diabetes cadastrados no programa durante a intervenção, ou seja, 100% da meta deste indicador foi atingida. Os exames complementares em dia de acordo com os protocolos foram realizados em 195 usuários portadores de HAS que representou 94,7% e em 49 usuários com diabetes que representou 94,2%. A avaliação de saúde bucal em dia foi realizada em 205 dos usuários portadores de HAS, que representou 99,5% e nos 52 usuários com diabetes, ou seja, 100%. Estes são os indicadores mais relevantes acrescentados com a intervenção.

Além dos resultados alcançados com a intervenção também conseguimos aumento dos conhecimentos dos membros da equipe e da população em relação ao programa. Indiscutivelmente, a qualidade do atendimento foi melhorada substancialmente, incluindo em cada consulta, ações de saúde que foram desde orientações pessoais até o exame e explicações para o adequado controle das duas doenças. As atividades de educação para a saúde também sofreram um aumento. Neste ponto uma das prioridades durante a intervenção foi melhorar o nível de informação dos membros da equipe, fundamentalmente dos agentes comunitários de saúde, pois, eles resultam serem os olhos da equipe. Desse jeito foi possível resgatar e incorporar muitos usuários que não estavam cadastrados no programa e outros que estavam faltosos. A comunidade também foi beneficiada com o projeto, pois foi incrementada a comunicação entre a equipe e a população, permitindo sua participação na adoção de estratégias para realizar cada uma das ações. No final todos estes usuários demonstraram satisfação com os atendimentos oferecidos.

Então gostaríamos de agradecer o apoio que recebemos de vocês da secretaria de saúde, especialmente ao nosso gestor, pois as contribuições relacionadas com o transporte disponibilizado para algumas das ações que a equipe precisou se deslocar fora da UBS, assim como para providenciar a presença dos profissionais do NASF que apoiaram a intervenção, a disponibilidade suficiente de fichas de atendimentos individuais e de materiais para a impressão na própria UBS, das fichas espelhos e das fichas de coleta de dados e a disponibilidade dos

medicamentos da farmácia popular para estes usuários atendendo a demanda gerada pelo desenvolvimento da intervenção. Outro fato importante da colaboração da gestão foi o fornecimento dos Protocolos de atendimento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde que não existia na UBS. Com eles foi possível estabelecer pautas para os atendimentos individuais com o objetivo de que resultaram mais integrais, além de ser o material de apoio das capacitações de todos os integrantes da equipe.

Queríamos reconhecer também o apoio de vocês em relação a chegada dos resultados dos exames complementares provenientes do laboratório clínico e a resposta a nossa solicitação de acrescentar mais um dia na programação destinada a coleta de material para exames na UBS, pois inicialmente só existia um dia no mês e agora são dois, possibilitando que maior número de usuários realizem os exames complementares na própria UBS e dentro do Sistema Único de Saúde. Conseguimos aumentar o número de usuários com exames complementares em dia segundo os Protocolos, mas, como vocês já conhecem, a falta de equipamento adequado e profissionais suficientes no laboratório clínico do município faz que o programa ainda apresente deficiências e não todos os usuários consigam realizar os exames complementares no período da intervenção, o que dificultou alcançar 100% nessa meta. Esta situação faz pressupor que a obtenção destes equipamentos precisa ser resolvida sendo então uma prioridade da gestão em parceria com a Prefeitura do município.

Outra das dificuldades enfrentadas durante os trabalhos da intervenção foi relacionado a existência na unidade de somente um equipo de medir pressão arterial (esfigmomanómetro) porém durante a intervenção este quebrou. O problema foi resolvido imediatamente dentro da própria unidade, trocando o relógio procedente de outro esfigmomanómetro, mas se faz necessário que seja subministrado pelo menos dois equipos mais, garantindo que quando a equipe realize as visitas domiciliares possa levar um e outro fique na unidade. A mesma situação acontece com o glicosímetro e as fitas que ele precisa para realizar a glicemia capilar. Na UBS só existe um e não sempre temos fitas suficientes para realizar este exame aos usuários no dia da consulta.

Então estamos oferecendo diante nosso relatório as dificuldades encontradas e que são necessárias melhorar para dar continuidade á melhora do cuidado destes usuários, pois é importante mencionar que hoje a intervenção terminou, no entanto

este cuidado terá continuidade na rotina do serviço da mesma forma, pois mesmo um número importante de usuários terem sido incorporados ao programa da UBS, existem outros que ainda necessitam ser cadastrados e acompanhados pela equipe e portanto contamos com o seu apoio para que este trabalho tenha continuidade, também visando a melhoria constante do programa é que mencionamos as principais dificuldades enfrentadas, pois queremos muito que todas possam ser solucionadas ao longo dos próximos meses, inclusive nos colocamos a disposição para auxiliar no que for necessário. Ainda seguindo esta intervenção como exemplo, pretendemos estar organizando outros programas também, como é o caso do atendimento pré-natal, saúde da mulher e idosos e puericultura.

Uma vez mais a equipe quer agradecer o seu apoio, pois foi de muita importância para atingir as metas e conseguir as melhoras alcançadas, e estamos cientes que a partir deste trabalho e os resultados alcançados os vínculos entre nossa UBS e a Secretaria de Saúde encontram-se mais fortes e prontos para colocar em prática o projeto nos outros grupos de usuáριοe por isto o seu apoio será fundamental para que seja possível o alcance de objetivos oferecendo nossa colaboração para o que for preciso.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida comunidade,

O relatório que vamos a apresentar para vocês trata se de um resumo do trabalho de intervenção proposto pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL, na qual estamos aderidos todos os médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil. O curso de especialização tem uma duração aproximadamente de um ano e culmina com a realização deste projeto na comunidade onde cada profissional atua. Porém, o nosso foi desenvolvido aqui na comunidade pertencente a UBS Batista de Amorim.

O objetivo geral da intervenção consiste em melhorar o cuidado ofertado aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes da área de abrangência da nossa UBS. A população alvo da intervenção compreendeu os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e portadores de Diabetes Mellitus (DM), e foi escolhido este grupo de usuários por serem as duas doenças responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e na nossa comunidade. Além disso, não existia na UBS, no início da intervenção, uma adequada organização e planejamento das ações para oferecer o atendimento de qualidade que este grupo de usuários requer, seguindo os Protocolos que o Ministério da Saúde oferece. Existiam dentro destes usuários inadequado registro nas fichas de atendimento individuais, nem todos estavam avaliados em relação as necessidades de atendimento odontológico, não tinham realizados os exames complementares de acordo com os protocolos, não tinham informação sobre hábitos de alimentação saudáveis, nem sobre prática regular de atividades físicas. Todo isto levava ao controle inadequado das duas doenças com incidência importante na qualidade de vida deles, o que foi motivo de termos escolhido este tema para desenvolver nossa intervenção.

Neste relatório queremos mostrar para vocês o trabalho que nossa equipe vem desenvolvendo durante os últimos 3 meses. Dentro das atividades realizadas vamos expor para vocês um resumo dos resultados alcançados e os benefícios atingidos para o serviço, para os usuários e para vocês, comunidade.

Em primeiro lugar, queremos dizer que sentimos agradecidos pela participação, compreensão e pela ajuda recebida de alguns membros da comunidade no desenvolvimento do trabalho. O trabalho foi desenvolvido seguindo um cronograma que foi planejado pela equipe desde o começo. No início da intervenção foi preciso fazer adequações na rotina de atendimento da unidade, pois durante os três meses da intervenção os usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes teriam prioridade no cuidado. Mesmo assim a equipe planejou as ações a serem desenvolvidas levando em conta a demanda espontânea e os outros programas que são desenvolvidos na unidade, portanto com isso nenhum outro grupo de usuários foi afetado. Dentre as modificações feitas estão o atendimento prioritário durante todos os dias da intervenção, obviamente levando em conta diferentes situações de emergências que poderiam acontecer. Outra modificação feita foi destinar em cada turno de trabalho cinco vagas para atendimento odontológico destes usuários para garantir uma avaliação integral da sua condição de saúde.

Foram desenvolvidas várias ações visando melhorar as coberturas no programa e a qualidade. Dentro destas ações tem destaque a capacitação dos profissionais da equipe sobre busca ativa de faltosos ao programa, sobre atividades físicas e alimentação saudável para orientar aos usuários com doenças crônicas. Outra das ações realizadas foi a realização dos atendimentos clínicos utilizando os protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde, para garantir uma melhor qualidade das consultas. Durante a intervenção buscamos ajuda junto aos líderes da comunidade para a busca ativa dos usuários na comunidade bem como na busca de estratégias para alcançar as metas, assim como a participação das famílias e vizinhos na divulgação da intervenção e resgate de faltosos ou não cadastrados no programa. Também foram realizadas palestras oferecidas pelos profissionais da equipe em parceria com os profissionais do NASF com o propósito de elevar os conhecimentos dos portadores de HAS e DM e da população geral visando a mudança no estilo de vida para hábitos mais saudáveis em conjunto com os trabalhos de grupos, que vinham sendo desenvolvidos anteriormente.

Quanto aos indicadores de qualidade, com nossa intervenção foram elevados; a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada em 206 usuários com HAS e nos 52 usuários com diabetes cadastrados no programa durante a intervenção, o seja, o 100% da meta deste indicador foi atingida 100%.

Os exames complementares em dia de acordo com os protocolos foram realizados em 195 usuários portadores de HAS que represento o 94,7% e em 49 usuários com diabetes que represento o 94,2%. A avaliação de saúde bucal em dia foi realizada em 205 dos usuários portadores de HAS, que represento o 99,5% e em os 52 usuários com diabetes, o seja, no 100%. Estes são os indicadores mais relevantes acrescentados com a intervenção.

Considerando tudo isto, foi possível atingir muitos resultados positivos com este trabalho, foi possível aumentar a quantidade de usuários aderidos ao programa; melhorar a qualidade dos registros e a qualidade dos atendimentos clínicos ao ponto que, neste momento 100% dos usuários que estão sendo acompanhados na UBS estão com orientações de hábitos alimentares saudáveis, com orientação de atividades físicas adequadas para eles, com avaliação das necessidades de atendimento odontológico, a maioria está em uso de medicamentos da farmácia popular e com avaliação dos riscos próprios das doenças crônicas. Por razões principalmente culturais muitos usuários não realizavam adequadamente o tratamento, não participavam periodicamente às consultas, não eram avaliados pelo dentista, enfim, eram muitos os fatores que levavam ao controle inadequado das doenças de hipertensão e diabetes. E hoje, mesmo com todo o trabalho de sensibilização que foi desenvolvido, ainda tem sido difícil conseguir a compreensão de todos os participantes da intervenção quanto a estes aspectos, mas sabemos que já foi possível uma melhora bem significativa. Acreditamos que hoje vocês tem ciência de que o trabalho ofertado tem servido como ferramenta para conhecer a realidade e para estabelecer estratégias de trabalho que contribuam ao melhor desenvolvimento no controle e prevenção destas doenças.

No entanto é importante ressaltar que mesmo atingindo os objetivos, tivemos algumas dificuldades. Uma das dificuldades que apresentamos durante a intervenção foi relacionada com os exames complementares em dia, pois existem dificuldades com o equipamento do laboratório clínico do município e falta de profissionais para realizar estes exames. Mesmo o problema permanecendo, o gestor já tem conhecimento e se responsabilizou em trabalhar na sua melhoria mesmo após a intervenção. Infelizmente esta dificuldade é algo que a equipe não consegue modificar, depende de recursos financeiros e, portanto cabe a gestão a busca por estas melhorias, no entanto, a equipe se compromete em estar sensibilizando o gestor continuamente para a importância da agilidade nos exames

para estes usuários e contamos também com o apoio de vocês da comunidade nos ajudando a reivindicar juntos aos gestores locais estas melhorias.

Outra questão que atrapalhou o desenvolvimento do trabalho no início, foi precisamente, a falta de uma organização do trabalho da equipe. Felizmente, esta dificuldade foi resolvida durante o desenvolvimento da intervenção, e agora já temos uma rotina de trabalho bem estruturada, com a participação de todos os integrantes da equipe e com maior integração com a comunidade.

Hoje a intervenção terminou, no entanto este cuidado terá continuidade na rotina do serviço e pretendemos ao longo dos próximos meses, organizar e melhorar o cuidado ofertado a outros programas também, no entanto é muito importante que todos vocês da comunidade continuem nos apoiando e participando das ações que são ofertadas pela equipe, pois nossos objetivos futuros serão continuar prestando um cuidado de qualidade para toda a população, bem como trabalhando para a promoção de uma melhor qualidade de vida não somente dos portadores de hipertensão e diabetes como também dos demais grupos populacionais existentes, enfim de todos vocês da comunidade.

Obrigada.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Foram inumeráveis os aspectos aprendidos com o Curso de Especialização em medicina da Família da UFPEL. No entanto as minhas expectativas foram atingidas 100%. No início do curso o enfrentamento a uma forma de estudo e ensino a distancia fez-me sentir preocupada, pois era totalmente novo para mim. Agora, depois de grandes dificuldades e desafios estou ciente da qualidade deste método. O curso me proporcionou uma visão totalmente diferente em relação ao trabalho na Atenção Básica, pois aprendi a trabalhar seguindo Protocolos estabelecidos para o atendimento de cada grupo de usuários e a importância do trabalho em equipe, onde todos têm as mesmas possibilidades de oferecer seus critérios para alcançar as metas propostas e todos são responsáveis pela saúde dos usuários.

Meus conhecimentos sobre a língua portuguesa foram fortalecidos, assim como os conhecimentos das duas doenças que escolhemos como foco da nossa intervenção. O trabalho com novos métodos de registro também me resultaram novos e muito úteis, pois estava só acostumada a trabalhar com prontuários individuais, o que me demonstrou que sempre teremos alguma coisa que aprender, mudar ou melhorar. A intervenção me mostrou que mesmo com grande dificuldades, desafios no dia a dia é possível realizar saúde com qualidade e fazer a diferença na UBS.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. (Cadernos de Atenção Básica n. 36). Brasília - DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. (Cadernos de Atenção Básica n. 37). Brasília – DF, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese das Informações – Esperantina – PI**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso em 10 de novembro 2014.

DONABEDIAN, A. **Evaluation the qualityof medical care**. Milbank Q. 1966; 44:166.

DONABEDIAN, A. **Thequalityofcare. Howcan it be assessed?** Journal of the American Medical Association 1988; 260(12): 1743---8.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia, teoria e prática. **Serviços de saúde: marco de referência para estudo do tema**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1995.

SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. **Avaliação em Saúde**. Bases Conceituais e Operacionais: Atributos da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

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

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			

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

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês de acompanhamento.					
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês					Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

*Estimativa no território

População total		➔	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da popul)	0		
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0	➔	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0	➔	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante