

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 07**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Mãe Túnica, São
João da Varjota-PI**

Greisis Del Sol Fleites

Pelotas, 2015

Greisis Del Sol Fleites

Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Mãe Túnica, São João da Varjota-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: Estela Maris Rossato

Pelotas, 2015

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

D331m Del Sol Fleites, Greisis

Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Mãe Túnica, São João da Varjota-PI / Greisis Del Sol Fleites; Estela Maris Rossato, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

78 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica
4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Rossato, Estela Maris, orient. II.
Título

CDD 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso para
a inspiração de minha vida, meu filho que sempre fica no pensamento.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, pelo seu grande amor por todos, dando luz e fortaleza para levar adiante novos projetos.

A minha família, com seu apoio para ir ao frente.

A meus professores e orientadores que com palavras de incentivo e correções, paciência, permitiram chegar a este momento final

A todo o pessoal de meu município e a equipe de trabalho toda que colaboraram para a realização e culminação deste trabalho.

Resumo

FLEITES, Greisis Del Sol. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Mãe Túnica, São João da Varjota/PI**. 2015. 78 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da atenção primária em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com 20 anos ou mais portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM) pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Mãe Túnica no município de São João da Varjota-PI, cadastradas no programa de HAS e DM da UBS. Foi estruturado em um período de 12 semanas, seguindo um cronograma pré-estabelecido. Para alcançar os objetivos e metas foram realizadas ações nos quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Utilizaram-se como material teórico de referência os cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica nº 37 e Diabete Mellitus nº 36, ambos do Ministério da Saúde. Para coletar os dados foram utilizados os prontuários clínicos e as fichas espelho do Programa de Atenção a HAS e DM. Antes da intervenção, segundo estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP), tínhamos 53% de hipertensos e 33% de diabéticos acompanhados. A atenção a esta população alvo era através das atividades de Hiperdia sem busca ativa de usuários faltosos. No total, 251 hipertensos e 51 diabéticos participaram da intervenção, representando 37,3% e 29,8% respectivamente. Estas diferenças demonstram que os dados na análise situacional não representavam a nossa realidade, e a intervenção oportunizou à equipe melhor conhecimento da nossa realidade e a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos. Em relação aos exames complementares em dia foram feitas e atualizadas na intervenção. A intervenção proporcionou melhorias na atenção primária no território, mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso e na qualidade da assistência à saúde da população. As ações propostas foram incorporadas à rotina da UBS, sendo um processo linear em busca de atingir as metas e os objetivos propostos que ficaram faltando.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Mão Túnica, SJV /PI, 2015.	50
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Mão Túnica, SJV /PI, 2015.	51
Figura 3	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Mãe Túnica, SJV/PI, 2015.	52
Figura 4	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Mãe Túnica, SJV/PI, 2015.	53
Figura 5	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Mãe Túnica, SJV/PI, 2015.	54
Figura 6	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Mãe Túnica, SJV/PI, 2015.	57
Figura 7	Proporção de hipertensos com orientação de higiene bucal na UBS Mãe	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIR	Comissão Intergestora Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Vírus Papiloma Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PI	Piauí
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística	39
2.3.4 Cronograma.....	41
3 Relatório da Intervenção.....	42
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	42
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	46
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Discussão	60
5 Relatório da intervenção para gestores	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	69
Referências	71
Anexos	72

Apresentação

Este volume trata-se de um projeto de intervenção realizado no município de São João da Varjota – PI, que teve o objetivo de melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados na UBS Mãe Túnica.

O documento apresenta a análise situacional da unidade, a análise estratégica, o projeto de intervenção, a avaliação da intervenção, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a incorporação da intervenção à rotina da Unidade.

Estas etapas são apresentadas em seis seções neste volume. A primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção primária à Saúde (APS) do município e da unidade alvo deste trabalho; a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, na qual é descrito justificativa, objetivos e metodologia do trabalho; a terceira pelo Relatório da Intervenção, onde é realizada uma análise do processo de trabalho, dificuldades encontradas e perspectivas futuras; a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção, na qual descrevemos os resultados e analisamos na discussão, além de apresentar dois relatórios: um para a comunidade e outro para os gestores. Na quinta seção, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a incorporação da intervenção à rotina da UBS, e por último, na sexta seção, temos as referências bibliográficas utilizadas no trabalho. Nos apêndices, apresentamos algumas ilustrações da intervenção, e nos anexos, os principais instrumentos utilizados para a coleta e análise dos dados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Mãe Túnica fica alocada no município São João da Varjota. Tem uma população ao redor de 4655 pessoas, divididas em área urbana e rural.

Tem 11 micro- áreas com seus respectivos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os atendimentos são feitos durante toda a semana, de segunda a sexta feira. A população consegue atendimentos de forma espontânea e agendada, que neste momento não ultrapassa as 24 horas, além de atenção de urgência no momento mesmo. O programado de atendimentos por dia é de 40 pessoas, além dos atendimentos dos especialistas (Ginecologista, Cirurgião, Gastroenterologista, Ultrassonografia) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

São feitas consultas de Puericultura, Atenção Pré-natal, Atendimentos e acompanhamentos a hipertensos e diabéticos. As visitas domiciliares são programadas e participa todo o NASF.

Toda a UBS tem os locais para cada um dos departamentos (consultório médico, sala de enfermagem, esterilização, curativo, farmácia, sala de vacina).

Nas segundas e quintas feiras são coletadas as amostras para exames laboratoriais, os resultados são recebidos em apenas 15 dias, não tem condições para exames de urgência. O hospital de referencia é Hospital Regional de Oeiras para internações e atendimentos de urgência e emergência.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município São João da Varjota fica localizado no meio-norte do Estado de Piauí, perto de cidades importantes como Oeiras e Picos. É um município de recente criação, pois completou 20 anos da sua fundação em janeiro do ano 2014. Tem um número de habitantes de 4.655 pessoas. A principal fonte de renda das pessoas é a atividade na agricultura. Na educação a escolaridade da população acima de 15 anos. Mais de 50% da população tem segundo ciclo fundamental, 10% com primeiro ciclo e um pequeno percentual sem instrução. Cada escola conta com uma pequena biblioteca, não temos biblioteca municipal. Na saúde, o município não tem disponível rede de serviço hospitalar. Aproximadamente 80 % da zona urbana tem cobertura de esgotamento sanitário. O serviço de distribuição de água é gratuito para todo o município. A população tem disponibilidade de exames complementares, consegue fazer o programado de 7 a 30 dias, principalmente os exames de Ultrassonografia, Tomografia e Ressonância, como também nas consultas especializadas.

Conta com uma UBS na área urbana e três menores (com técnicas de enfermagem) localizados nas comunidades da zona rural. O município tem duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste ano foi disponibilizada a equipe do NASF, contando com nutricionista, psicóloga, fonoaudiólogo, fisioterapeuta. O Município não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Os atendimentos com especialistas são feitos quinzenalmente de forma programada e agendada, depois de um prévio acolhimento e avaliação pelas equipes de saúde. As especialidades são gastroenterologia, cirurgião geral, ortopedia, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria, os quais atendem no horário da tarde. Há serviço de urgência, dentro das condições, e o hospital mais perto fica no município de Oeiras, localizado a 40 minutos da sede do município, onde se tem internação para homens, mulheres e crianças. Neste município está localizada a Comissão Intergestora Regional (CIR). Os exames laboratoriais são feitos em combinação com laboratórios privados em parceria com Sistema Único da Saúde (SUS). No município predomina a população rural, onde todos os serviços de saúde prestados no município são vinculados ao SUS.

A UBS Mãe Túnica, em que trabalho, funciona no modelo de atenção tradicional. Temos duas equipes, uma para a população urbana e outra para população rural. As equipes estão compostas por médico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal. Cada equipe tem uma enfermeira, e é ela quem faz atenção pré-natal, puericultura, atenção à Hipertensão e Diabetes, de forma programada e contínua. Nós participamos nesse atendimento continuado. A população da área de abrangência conhece os dias e os horários dos atendimentos, mas o cronograma mensal de cada profissional também fica disponível no mural da UBS. O médico da unidade é do Programa Mais Médicos.

A UBS funciona há 17 anos oferecendo serviços de saúde. Temos uma estrutura bastante ruim: são três consultórios, os quais não têm cadeiras para acompanhante; dois sanitários para usuários, que não são adaptados para acesso de deficientes e idosos; os ambientes não são sinalizados para garantir a acessibilidade; não temos sala da gerência nem sala de reuniões para atividades educativas; a recepção não tem computador e o telefone só recebe ligações; a sala de espera tem poucas cadeiras o que limita a comodidade dos usuários, pois ficam as vezes esperando de pé; não tem sala específica para nebulizações, que são feitas na sala de procedimentos; a farmácia não tem ar condicionado e os medicamentos são dispensados por um espaço aberto. Estas são algumas das limitações que encontramos. Mas buscamos nos adaptarmos a elas, como por exemplo, buscando locais alternativos para as atividades educativas e buscando oferecer um atendimento acolhedor e de qualidade aos usuários, com resolutividade dos seus problemas.

Com relação ao tópico de equipamentos e investimentos, a UBS conta com a maioria dos exigidos e funcionam adequadamente, apesar do sistema de manutenção e reposição ser insuficiente. No mês de junho de 2014 foi concluído o processo de ampliação de algumas áreas da UBS, com dois consultórios, sala para esterilização, sala de procedimentos um pouco maior, um desses consultórios vai ser utilizado como sala do NASF, que terá mais espaço. Também há uma rampa no acesso a UBS e cadeiras de rodas e macas para garantir comodidade ao usuário com deficiência ou necessidades. Os exames laboratoriais são coletados na própria UBS. Para exames mais complexos o município tem referências para Hospital Regional de Oeiras, da cidade de Picos e da capital do estado Teresina.

Durante meu tempo de trabalho neste município as relações de trabalho estão ficando mais fortes, mais saudáveis, de compenetração e de respeito e é uma necessidade continuarem assim desse jeito, com os membros de equipe e da comunidade. Algumas limitações para mim foram no primeiro momento, além de algumas palavras, gestos, particularidades das comunidades, mas com o tempo deixou de ser uma limitação, pois a convivência diária marca a melhoria em todos os aspectos e garante o controle social e a governabilidade para meu trabalho.

A UBS tem 11 ACS, eles deslocam-se pelos meios próprios para fazer atividades e visitas domiciliares. Eles moram na mesma comunidade onde atuam. Devido a isso é imprescindível fazer uma avaliação clínica exaustiva de cada usuário para se utilizar a quantidade necessária de exames e não abusar deles. Tem os Cadernos de Atenção Básica utilizados pelos profissionais. Não são indicados eletrocardiograma (ECG) de esforço nem repouso, pois primeiro é feito um encaminhamento para a especialidade de Cardiologia, nem Espirometria, nem Ultrassonografia vascular. A estratégia usada para o atendimento especializado é por central de agendamento através da Secretaria Municipal de Saúde. O município tem serviço de remoção em Urgências, Pronto atendimento, mas não tem internação por agendamento no município, só para hospital regional da cidade vizinha.

O município tem um número de habitantes de 4.655, predomina a população rural, a população feminina e jovem em idade fértil. A faixa etária que predomina é de 15 a 59 anos. Esses dados estão em correspondência com os denominadores do Caderno das Ações Programáticas (CAP). Existe uma correspondência entre a quantidade de população da área da abrangência com a adequação dos serviços de saúde, é por isso que temos relatado que não temos excesso de demanda espontânea nem de urgência. Isso é garantido pela continuidade dos serviços de saúde. As principais doenças são Hipertensão (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Cardiopatia, Doenças Cerebrovasculares e Hiperlipoproteína primária.

Na UBS, o acolhimento é feito em diferentes locais, pois não tem espaço específico para este acontecer. É feito por vários funcionários, como por exemplo: pelo recepcionista, pelo técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista, técnico bucal, em fim, todos os funcionários participam de uma maneira ou de outra, pois não tem uma equipe específica para o acolhimento e a modelagem principal é baseada na demanda da pessoa, seja agendada, prioritária ou imediata. É feito todos os dias da semana e todos os turnos de trabalho da UBS. O tempo médio de espera para

escutar a demanda da pessoa é de 10 a 15 minutos. As equipes de saúde conhecem e utilizam os protocolos de classificação de risco biológico e vulnerabilidade. Para dar solução às demandas agudas o enfermeiro faz uma avaliação inicial, realiza triagem para avaliar sinais vitais, faz a classificação de risco, realiza algum procedimento se for necessário, e depois o médico avalia e trata também, caso seja necessário. Ainda, a depender da situação, o usuário fica na sala de observação ou é encaminhado para outros níveis de atenção. Na UBS não temos um excesso de demanda, pois a atenção é estável, diária, contínua, coisa que favorece que a atenção não seja cumulativa. Na UBS não é feito atendimento especializado de odontologia da atenção básica.

Na UBS é feita a atenção à criança como uma das prioridades de atenção. Os atendimentos continuados para crianças de baixo risco são feitos no horário da manhã, pelo enfermeiro responsável do programa e participa a nutricionista, psicóloga, médico geral, fonoaudiólogo para avaliar o teste de orelhinha. Não temos crianças fora de área, ou seja, a cobertura é total. Os atendimentos de saúde agudos são realizados segundo a classificação de risco, se for preciso utiliza-se os protocolos para encaminhamento à outros níveis. Na primeira consulta é feita uma avaliação para classificação de risco da criança, seja físico, psicológico ou social. Esta consulta é feita na primeira semana de vida da criança. Os indicadores de qualidade para esta faixa etária são aceitáveis. Segundo o CAP, a estimativa para menores de 1 ano era de 70, a realidade era 80, mas o sistema não aceitou e permaneceu 70, então temos 100% de cobertura. Todas as crianças têm suas consultas em dia, com teste de pezinho, teste de orelhinha, vacinas e outras ações de acompanhamento. A atenção de 12 meses até 72 meses é feita pelo mesmo profissional. A gestão, o monitoramento, avaliação da criança é feita e planejada mensalmente pelos responsáveis das puericulturas de cada equipe. Uma dificuldade que temos neste município é que não temos pediatra, mas temos parcerias e atendimentos pelo SUS na capital e é feito encaminhamento para a especialidade. É uma proposta da equipe continuar com uma atenção de qualidade, buscar aos faltosos, explicar importância da assistência às consultas e vacinas, continuar com as atividades coletivas, em fim, continuar trabalhando com vontade e satisfação.

Para cada localidade deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde. Em nossa UBS, os profissionais estão presentes em todos os processos da atenção ao pré-natal e puerpério: territorialização,

mapeamento da área de atuação, identificação das gestantes, avaliação contínua de informações. Os profissionais da UBS realizam ações de atenção integral e de promoção de saúde, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo com a grávida, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças como as anemias, hipertensão e diabetes na gravidez, e outras doenças crônicas. Temos uma correspondência entre os indicadores do CAP e a realidade de nossa área. Minha UBS tem uma cobertura alta de todas as gestantes cadastradas no primeiro trimestre, atendidas, vacinadas, com consultas planejadas, atendimento contínuo, acompanhamento ginecológico e laboratorial, além do atendimento odontológico e psicológico, quando necessário.

A estimativa do CAP é 69 gestantes. Todas estão cadastradas, com uma cobertura de 99% de atenção pré-natal na área. Os indicadores de qualidade para todas estão 100%. No último ano não aconteceu nenhuma morte materna. O estimado para puérperas é de 70 mulheres e também temos cobertura de 100%, todas com consultas nos primeiros 7 dias e o restante dos indicadores de qualidade estão em 100%. Para garantir uma boa cobertura do pré-natal e puerpério é preciso que a equipe conheça as mulheres em idade fértil, faça uma avaliação das necessidades de planejamento reprodutiva e viabilize o acesso a outras redes assistenciais, como a rede loco regional de cuidado materno infantil.

As principais ações desenvolvidas na UBS sobre prevenção de câncer de colo e de mama são aperfeiçoamento do rastreamento deste câncer e universalização desses exames a todas as mulheres, independente de sua renda, raça- cor, reduzindo desigualdades, com acesso a 100% de tratamento, melhora do acesso a nossos serviços de saúde através da cobertura da área, melhora da informação, articulação intersetorial através das atividades conjuntas com as escolas da área. Os denominadores do CAP apresentam 1125 mulheres entre 25 e 64 anos; destas 1000 estão acompanhadas para prevenção de câncer de colo de útero, com 89% de cobertura, e os indicadores de qualidade estão em 80%. A dificuldade é que 80% de qualidade ocorrem por não ter exames citopatológicos em dia. As ações feitas pela equipe são: organizar palestra deste tema nas diferentes comunidades para falar sobre os riscos e a importância do exame de prevenção, a coleta de amostra é feita pela enfermeira da equipe na UBS duas vezes por semana, os resultados são recebidos em um período de 30 dias. Outro assunto importante é prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), mostrar o

uso da camisinha como prevenção da DST (importante o papiloma vírus) além da gravidez. Começou neste ano a aplicação da vacina do Papiloma Virus Humano (HPV) em adolescentes. O atendimento básico é realizado pelo médico geral e sem preciso encaminhamento para o ginecologista. A UBS tem o livro de controle dos casos.

Das estimadas entre 50 a 69, temos 349 mulheres com exame clínico da mama, mamografia ou ultrassonografia feitas pelo menos uma vez, o que significa 100% de cobertura e de qualidades dos indicadores. Agora neste momento não tem casos de câncer, em qualquer momento é aproveitado pelos funcionários para falar do tema, pelo status de mobilizador. O atendimento está organizado e é feito pelo enfermeiro responsável na equipe do programa, além do que participam outros profissionais. Sem é diagnosticado um caso de câncer de mama tem acompanhamento pelo ACS, ginecologista, oncologista, enfermeira. A UBS tem os livros de controle dos casos.

A HAS e DM a nível mundial são duas doenças com um comportamento em crescimento. No Brasil tem esse comportamento também. Um dos desafios das políticas públicas é reduzir a carga dessas doenças e reduzir o impacto social e econômico decorrentes de seu continuo crescimento. A nossa equipe desenvolve ações como consultas de confirmação diagnóstica, avaliação de fatores de risco, estratificação de risco cardiovascular e renal global, solicitação e avaliação de exames complementares, prescrição de tratamento medicamentoso e não medicamentoso, educação permanente da saúde, encaminhamento a centros secundários para as pessoas com dificuldade de controle metabólico, dislipidemia grave, além da inserção da equipe do NASF para atuar como equipe multidisciplinar.

Segundo a estimativa do CAP o número de hipertensos com 20 anos ou mais é de 934 pessoas, e atendidas pelos dados do município, 500 pessoas, representando 53% de cobertura de atendimento antes da intervenção. A quantidade de diabéticos que foi estimada foi 90, representando uma cobertura de 33%.

Contamos com o apoio da secretaria para o deslocamento da equipe às comunidades para fazer os atendimentos do HIPERDIA (as consultas com os portadores de HAS e DM preconizadas pelo Ministério da Saúde), neles participam a enfermeira responsável dessa comunidade, o ACS dessa comunidade, a médica da família, e também a equipe do NASF. Esse dia é aproveitando para fazer

inicialmente uma palestra. A principal dificuldade que eu percebo nessas atividades é a deficiência ocasional de alguns medicamentos, pois sem sua chegada ao município atrasa também a atividade de Hiperdia na comunidade, e quando não tem o medicamento. O usuário precisa voltar até a UBS para conseguir o medicamento ou comprá-lo geralmente na Farmácia Popular.

Na UBS os atendimentos aos idosos são feitos todos os dias e em todos os turnos, temos um registro deles atualizado, com a prevalência das doenças, os acamados, as consultas médicas, de enfermagem e vistas dos ACS. Utilizamos a caderneta do idoso e fica agendada sua próxima consulta. Utilizamos os protocolos de atendimento. A equipe se encarrega de planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção da pessoa idosa na área de abrangência. Identificamos aos frágeis, acolhemos ao idoso de forma humanizada, com compromisso e respeito. A estimativa do total do número de idosos para nossa área é de 494, o número real acompanhados é de 386, correspondendo a uma cobertura de 78%. O resto dos indicadores de qualidade foi aplicado aos 386 apresentam um bom resultado de qualidade.

A atenção em saúde bucal no município é programada por horários e localidades dando uma cobertura total, para todas as idades. Participam o dentista e a técnica em saúde bucal. Oferecem atividades de prevenção nas escolas e comunidades, escovação correta dos dentes, prevenção de cáries, etc.

Os maiores desafios em todos estes programas são aumentar a cobertura e melhorar os indicadores de qualidade das ações programáticas. Os melhores recursos com que contamos são recursos humanos, além de desejar um pouco mais de recursos financeiros para a saúde preventiva, garantir superação de recursos humanos, intensificar todas as ações preventivas já ditas e fazer delas que saiam melhores resultados e indicadores de saúde.

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

Ao longo destas semanas de análise fizemos uma avaliação simples inicial das características da UBS e seu funcionamento. O relatório permitiu avaliar que a Unidade de Saúde tem estrutura adequada. O relatório também permitiu conhecer nossa realidade de trabalho e particularidades das necessidades da comunidade, principalmente doenças, dificuldades que poderiam afetar o bom funcionamento da UBS, como não contarem com equipe de saúde bucal, disponibilidade de alguns medicamentos. O encaminhamento para atenção especializada pelo SUS é um pouco demorada.

Ao longo do curso de especialização, com o desenvolvimento das tarefas cada dia vai sendo mais completa a avaliação dessas características e dando mais participação a todo o pessoal da UBS. Com o preenchimento dos CAP e as estimativas dadas por ele conhecemos quantas pessoas ainda falta procurar e trabalhar com elas, como por exemplo, na HAS e DM. O preenchimento dos questionários ofereceu a possibilidade de discutir com a equipe esses questionários, as ações e tarefas para trabalhar deste momento para frente.

Aos profissionais permitiu conhecer melhor o ambiente de trabalho, planejamento de novas estratégias de melhoria na unidade, fazer reuniões das equipes mensais, manter o contato, tendo nas reuniões como temas mais frequentes: construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, diminuição do tempo de espera dos usuários, a necessidade de conversa entre os trabalhadores e usuário sobre o modo de funcionamento da unidade em diferentes momentos tais como consultas, sala de espera, visitas domiciliares. Além de oferecer diferentes palestras onde se aborde temas como a carta dos direitos dos usuários, engajamento público, idosos, incapacitados, lactantes e grávidas, atendimento prioritário aos usuários com problemas agudos.

Fazendo uma comparação entre ambos os textos vemos uma melhoria na redação na língua portuguesa, um texto mais completo e descritivo sobre a realidade. É o resultado de um trabalho sistemático.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são doenças que geram grandes impactos econômicos para os sistemas de saúde e a sociedade, devido aos gastos no tratamento e das complicações desencadeadas por elas, como as doenças cardiovasculares, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores. Em 2009 a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) detectou prevalências de hipertensão em 24,4% da população adulta com 18 anos ou mais, chegando a 63.2% na população maior de 65 anos. O Ministério de Saúde estima que existam 12,5 milhões de diabéticos no Brasil, muitos deles sem diagnóstico. A HAS representa um grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência na população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensão não diagnosticada ou não tratada de forma adequada. A doença é extremamente comum nos diabéticos, representando um risco adicional para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares.

Por isso é fundamental melhorar o controle e atenção aos portadores dessas doenças, principalmente no nível primário de atenção à saúde, de forma a prevenir suas complicações, reduzir os impactos ao sistema de saúde e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Neste sentido, estabelecemos como foco de intervenção na UBS Mãe Túnica com ações programáticas de atenção aos portadores da HAS e DM na área de abrangência.

Estruturalmente a UBS apresenta algumas limitações, como falta de adequação dos ambientes para garantir acessibilidade aos idosos e deficientes,

ausência de sala de reunião para programar as atividades ou espaço para realização de atividades educativas com a população, sala de espera com poucas cadeiras para acolher a todos os usuários agendados limitando a comodidade destes, falta de sala de nebulizações, dentre outros limites que encontramos. A UBS funciona com duas equipes completas. Existe uma correspondência entre a quantidade de população da área da abrangência com a preconizada para as equipes de saúde da família, não temos excesso de demanda espontânea nem de urgência.

O controle da HAS e DM na área de abrangência da UBS acontecem ainda de forma incipiente. A nossa equipe desenvolve ações como consultas para diagnóstico e acompanhamento dos usuários e atividades de educação em saúde, porém os indicadores dessa ação programática ainda são ruins. Segundo a estimativa do CAP o número de hipertensos com 20 anos ou mais é de 934 pessoas, mas temos apenas 500 pessoas registradas, representando 53% de cobertura. Já a cobertura da DM está em 33%. Com isso, o grande desafio da intervenção é melhorar a abrangência da ação programática, aumentando a cobertura da HAS e DM na área de abrangência, bem como melhorar os indicadores de qualidade que estão ruins.

Para melhorar os indicadores é preciso ter controle das duas doenças crônicas, trabalhando na promoção de saúde, na detecção dos fatores de risco, como o sobrepeso e o tabagismo, na prevenção da doença com a pesquisa ativa de pessoas principalmente partir dos 18 anos e com histórico de familiares hipertensos e diabéticos. Uma vez feito o diagnóstico, há necessidade de tratar corretamente a doença e prevenir complicações e agravos.

Esperamos que a intervenção nesta ação programática possa no futuro reduzir a detecção das doenças, melhorar os indicadores de saúde do município, diminuir as patologias cardiovasculares e metabólicas. A equipe está envolvida desde o primeiro momento, pois é de interesse total melhorar a qualidade de vida da população da abrangência. Contamos também com o apoio da secretaria municipal de saúde que viabilizará a realização da intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM na UBS Mãe Túnica, São João da Varjota, PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Meta 2.1: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6 : Promover a saúde.

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

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

Meta 6.3: Garantir orientação sobre pratica de atividades físicas a 100% regular aos hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Esta intervenção está estruturada para ser desenvolvida no período de doze semanas na UBS Mãe Túnica, no Município de São João da Varjota/PI. Participarão da intervenção, segundo a estimativa do CAP, 694 hipertensos e 171 diabéticos na faixa etária maior de 20 anos ou mais. A pretensão é de cadastrar 80% dos usuários hipertensos e 60% dos usuários diabéticos da área adstrita e fazer consultas multiprofissionais, com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo nº 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: para o monitoramento os dados do acompanhamento dos usuários com HAS e DN serão coletados numa planilha de coleta de dados, para acompanhar a cobertura do programa.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro será feito em todas as consultas pela médica e enfermeira utilizando a ficha específica do programa.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e da DM.

Detalhamento: O acolhimento será realizado todos os dias e em todos os turnos, por todos os profissionais da equipe, garantindo marcação da consulta, ou atendimento das demandas de urgência.

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

Detalhamento: O material será garantido através de conversas com os gestores sobre a importância de qualificar esta ação programática e a necessidade de disponibilizar este material.

Eixo: Engajamento Público

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

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

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

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: As ações de orientação e informação acima será desenvolvida por meio de palestras e grupos com a comunidade e hipertensos e diabéticos, orientando sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade, assim como a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. Além disso, falar sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg. Ainda, falar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg.

Detalhamento: As capacitações acima serão realizadas em reuniões que realiza se na UBS e capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Objetivo nº 2

Eixo: Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: para o monitoramento a realização de exame clínico dos usuários com HAS e DM será coletado numa planilha de coleta de dados e o registro será feito em todas as consultas pela médica e enfermeira utilizando a ficha específica do programa.

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

Detalhamento: para o monitoramento dos usuários com HAS e DM serão coletados os dados na planilha de coleta de dados para identificar os exames solicitados. O monitoramento da periodicidade será realizado examinando os registros na ficha espelho mensalmente.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O gestor municipal irá garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia como prioridade.

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Avaliados a necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos durante as consultas médicas e de enfermagem.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: será responsável e feito por pela médica e enfermeira em todas as consultas.

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

Detalhamento: Realizar as capacitações dos profissionais em horário estabelecido para eles com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Organizar as consultas com todos os profissionais para que fluísse bem.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Colocar a versão digital e impressa atualizada do protocolo na unidade de saúde.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Identificar todos os pacientes com HAS e DM que assistam a consulta e não estão atualizados com o protocolo.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo para os pacientes com HAS e DM.

Detalhamento: Articular com o gestor a prioridade da realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Organizar os serviços de coleta de exames para lograr eficiência aos usuários com HAS e DM.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A técnica de farmácia irá manter estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Elaborar e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Organizar as consultas com os profissionais presentes para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Avaliar as necessidades de atendimento odontológico aos hipertensos e diabéticos que precisem este serviço.

Eixo: Engajamento Público

Orientar os 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.

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

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

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

Detalhamento: Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a necessidade de realização de exames complementares.

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

Detalhamento: Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes e a comunidade quanto a esses direitos e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

Detalhamento: Realizar palestras nas comunidades para orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado

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

Detalhamento: Aproveitar às reuniões que se realizam na UBS e capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: Aproveitar às reuniões que realizam se na UBS e realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes assim como capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Detalhamento: Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo nº 3

Eixo: Monitoramento e Avaliação

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

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Planejar visitas domiciliares e sejam realizadas por profissionais da equipe para buscar os faltosos às consultas.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Incluir na agenda estabelecida o acolhimento dos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo: Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento: Realizar palestras nas comunidades para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo nº 4

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: para o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde será coletados em

todas as consultas numa planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Levar um estrito controle para manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: se realizará a ficha de acompanhamento com os dados que sejam necessários.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

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

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: será responsável o médico, a enfermeira e informático da equipe para o monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: Será utilizada a planilha de coleta de dados e será avaliada mensalmente para se obter o controle e identificar as situações de alerta.

Eixo: Engajamento Público

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

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

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Objetivo nº 5

Eixo: Monitoramento e Avaliação

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

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Levar controles mais periódicos aos pacientes avaliados como de alto risco

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Estabelecer a agenda para o atendimento desta demanda.

Eixo: Engajamento Público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

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

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

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

Objetivo nº 6

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e sobre a prática de atividade física.

Detalhamento: Estabelecer materiais necessários e profissionais responsáveis, bem como programar as datas das atividades e sua divulgação.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educador físico nesta atividade.

Detalhamento: Estabelecer parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades de orientação da atividade física e articular com o gestor para priorizar o nutricionista nestas atividades.

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

Detalhamento: O gestor devera comprar os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

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

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

Eixo: Engajamento Público

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

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

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

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

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

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Aproveitar às reuniões que se realiza na UBS e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre todos os tópicos abordados acima.

2.3.2 Indicadores

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

1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Como material teórico para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vai ser utilizado o Caderno de HAS e DM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) disponível na UBS e em formato digital. Vai ser utilizada também a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Faremos contato com o gestor municipal para dispor da quantidade de fichas espelho necessárias que serão anexadas ao prontuário de cada usuário acompanhado.

Para o acompanhamento e monitoramento da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as pessoas que vieram a UBS ou nas visitas domiciliares nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários deles e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e para a planilha de coleta de dados. Cada membro da equipe irá atualizar sua informação e repassar para toda a equipe em reunião no final de mês, para que seja inserido tanto na planilha de coleta de dados quanto ser enviada ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem. Pode-se dividir o atendimento em alto risco e baixo risco cardiovascular, tendo prioridade no agendamento os avaliados com alto risco. Os usuários atendidos sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de saúde da UBS. Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de HAS e DM para que toda a equipe utilize esta referência na atenção a hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na UBS, para isto serão utilizadas duas horas ao final do mês. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Como material básico vai ser utilizado os cadernos de atenção básica nº 36 e nº 37 para Hipertensão e Diabetes. Esclareceremos nessas atividades sobre o uso

do protocolo, o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos no programa, o acolhimento, o atendimento clínico, os principais fatores de risco das duas doenças, a busca ativa dos faltosos, a avaliação e o monitoramento, bem como iremos estabelecer o papel de cada membro da equipe dentro da intervenção.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto de intervenção, esclarecendo a importância da realização da promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das duas doenças. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Iremos demandar junto ao gestor do município todos os materiais necessários para as atividades para que não haja dificuldade na marcação de exames. Para o controle do estoque da farmácia faremos esse controle na última semana do mês com a presença da responsável da farmácia e manteremos o registro de medicamentos atualizados. Para o atendimento odontológico planeja-se agenda de saúde bucal em união com a equipe de saúde bucal. Continuaremos fazendo e trabalhando com o cronograma mensal para as visitas domiciliares e nelas se verificar os faltosos.

As atividades de promoção de saúde serão de responsabilidade de todos os membros da equipe e a secretaria será responsável por providenciar os materiais necessários. Iremos realizar atividades contínuas como sala de espera antes das consultas e palestras envolvendo hipertensos, diabéticos e população em geral, realizada na comunidade, com a participação da nutricionista e psicólogos do NASF. Nessa atividade serão trabalhados temas como alimentação saudável, tabagismo, dentre outros fatores de riscos. Em parceria com a equipe de saúde bucal serão feitas atividades para explicar importância de higiene bucal em hipertensos e diabéticos.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HTA e DM.	X															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X															
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Contato com lideranças comunitárias	X				X				X							
Atendimento clínico de hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Acolhimento, ações de promoção de saúde, registro adequado em ficha espelho, mapeamento de risco.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Grupos de hipertensos e diabéticos	X		X				X									
Grupos de atividade saudável	X		X				X									
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos	X															
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O tema escolhido pela equipe de saúde da família para desenvolver a intervenção foi Melhoria da atenção dos usuários com HAS e DM na UBS Mãe Túnica no município São João da Varjota, estado de Piauí.

Tendo em conta que as doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo e no Brasil, as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte. Nosso município não tem diferença nesse comportamento.

Toda a equipe encontrou-se envolvida e entusiasmada com o projeto da intervenção. O gestor municipal tomou conhecimento da intervenção e ele ficou entusiasmado e ofereceu apoio em cada passo do projeto em todos os aspectos, e foram combinadas todas as estratégias de trabalho sobre tudo relacionadas com materiais a utilizar, insumos e transporte.

Avançamos de maneira tranquila, sossegada, aumentando todas as semanas o número de hipertensos e diabéticos cadastrados. Temos cadastrados um total de 271 pessoas. Delas 251 são hipertensas e 50 diabéticas, representando 36,2% e 29,2% respectivamente. É necessário ter em conta que na mesma pessoa podem coincidir as duas doenças.

Olhando semanalmente os resultados da planilha percebi que a intervenção seguiu um bom ritmo. Não pensei que conseguiria ver tantos usuários nesse intervalo da intervenção e o número aumentava na medida em que continuava com o projeto. Uma dificuldade que devemos ter em consideração é que o prazo para a

intervenção de 16 semanas caiu para 12 semanas, mas não é problema, pois um dos objetivos é que a intervenção perdure no tempo. Se não chegar exatamente ao pretendido no período dos quatro meses, a intervenção estará bem implantada, bem integrada e em mais alguns meses as metas serão plenamente atingidas. O mais importante é vermos como foi iniciado o trabalho, o envolvimento da equipe, a sistematização da ação programática – atendendo ao protocolo, a integração da intervenção à rotina do serviço.

As ações realizadas nesta intervenção, contemplaram os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Ações previstas e desenvolvidas:

a) Capacitamos os profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM.

b) Estabelecemos o papel de cada profissional na ação programática.

c) Fizemos contato com os líderes comunitários

d) Como atividade fundamental, realizamos o atendimento clínico, com exame físico, ações de promoção de saúde, e registros nas fichas espelhos. A classificação de risco foi importante para demonstrar a priorização do atendimento destas doenças crônicas.

e) Capacitamos os ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos.

f) Realizamos o monitoramento da intervenção.

g) Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

h) Orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos.

i) Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parcerias institucionais para envolver futuros educadores físicos nestas atividades, NASF e participação dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade em geral.

Todas estas semanas a atividade consecutiva e mais importante tem sido o atendimento clínico, realizando-se o exame físico que inclui mucosas, aparelho respiratório, frequência respiratória, aparelho cardiovascular, frequência cardíaca, pressão arterial, pulsos arteriais periféricos, abdome, SNC, exame da cavidade

bucal e os pés. Alguns usuários precisaram acompanhamento pelo endocrinologista. Com tudo isso se construiu uma estreita relação médico usuário. Os indicadores obtidos são bons, contamos com o apoio das lideranças da comunidade, mesmo assim os familiares dos hipertensos, diabéticos e idosos, a equipe continua trabalhando com muito amor.

Como foi feito segundo o cronograma tivemos a facilidade da programação organizada, de não ter que atuar de forma rápida e sem condições. Não podemos falar de dificuldades notáveis que não tiveram solução; varias semanas tivemos escassez de alguns medicamentos, mas os usuários compram estes medicamentos na Farmácia popular ou de Trabalhador. Não tivemos mudanças do cronograma por motivo nenhum.

Temos identificado um aumento da presença dos usuários nas consultas, a equipe de saúde trabalha de acordo com as atribuições de cada membro, assim como os gestores de saúde da secretaria municipal que acreditam no trabalho das ESF com os projetos da especialização.

Os atendimentos são individualizados e achamos até uma melhor compreensão e desenvolvimento na língua portuguesa, esse é outro resultado positivo da intervenção. O curso da especialização proporcionou na pratica profissional a aprendizagem mais integrada sobre a atenção primaria para usuários hipertensos e diabéticos no Brasil. Não podemos considerar a busca de faltosos, pois a população cooperou.

Os ACS tem um papel importante e chave, pois eles são o vinculo principal entre a equipe UBS e a comunidade. Eles garantem que todas as informações e ações sejam orientadas e cumpridas na hora certa.

Os exames foram feitos em tempo para procurar um bom controle na saúde tanto para os usuários da intervenção do estudo como para toda a comunidade. Não podemos falar como dificuldade os dias que demoraram, mas poderiam ser menos dias para receber os resultados. Tem um período prometido de 15 a 30 dias.

Contamos com a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, solicitamos ao gestor municipal a confecção das fichas espelhos do Projeto. Na UBS tem os instrumentos adequados para a tomada da pressão arterial e realização do hemoglicotestes.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar de termos garantida a solicitação dos exames complementares, estes demoram em média de 7 a 21 dias.

Não foi possível conseguir a meta de 80 % para a HTA e 60 % para DM segundo a estimativa inicial; é a ação não desenvolvida de maior peso, mas esta intervenção deve ter continuidade com a incorporação à rotina da UBS.

Uma dificuldade no município é não contar com um profissional na área de Educação Física. Pelas características e quantidade de população o NASF tem recursos para três profissionais.

Tivemos dificuldades com a chegada em tempo dos medicamentos para HAS e DM.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Dentro dos aspectos relativo à coleta e sistematização de dados já foi referida a prestação na hora pelo gestor e Secretaria Municipal de Saúde para a providência de materiais, transporte, etc. Não apresentamos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, bem como no cálculo dos indicadores.

Não tivemos dificuldades com a coleta de dados, pois é uma planilha muito bem estruturada fornecida pelo curso. Ela contém todas as informações, é só preencher as abas, ela faz o cálculo dos indicadores de maneira semanal, além disso a orientadora da turma mantém atenção semanal ao comportamento dos indicadores e faz sugestões adequadas para melhorar o trabalho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações desenvolvidas garantem a viabilidade da incorporação das ações para no futuro aumentar o número de cadastros para garantir a cobertura proposta. É importante destacar a ação determinante dos ACS, no cadastro, controle e busca dos usuários faltosos as consultas em suas áreas de abrangências. Outra ação é discutir com a comunidade a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos uma vez ao ano, já que é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio, além da Doença Renal Crônica terminal. Continuaremos fazendo ênfase nos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes, sobre a necessidade de realização de exames complementares para avaliar suas taxas uma vez ao ano.

Vamos esperar que sejam mantidas as parcerias com os laboratórios conveniados com o SUS para definir agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo e solicitar parcerias institucionais para envolver educadores físicos na realização de atividade na UBS. Iremos procurar alguma articulação inter setorial com a secretaria de saúde e educação para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e setor de comunicação social para a divulgação da intervenção.

Continuaremos com os atendimentos de saúde bucal, tanto na área urbana como na área rural, além de visitas programadas nas escolas, aplicando as vacinas para gripe e prevenção de influenza.

Continuaremos com algumas atividades educativas de palestra com um tema geral acerca da alimentação saudável e prática de exercícios físicos em portadores de HAS e DM.

Os usuários com melhor acompanhamento foram os portadores das duas doenças juntas. O paciente portador do DM importa-se muito mais com sua doença do que o que apresenta HAS.

Eu continuo achando muito interessante este projeto, pois tem me permitido interagir mais com a equipe, com as famílias, estamos oferecendo apoio a quem

precisar, e eu estou conhecendo as costumes do Nordeste do Brasil. Eu acredito que esta estratégia de trabalho está sendo ótima e vai ser muito boa para a população, sendo parte da rotina do trabalho na UBS.

A equipe sente-se parte ativa deste processo, comprometida apesar de todas as eventualidades sofridas e isso se constitui como uma facilidade em nosso trabalho, como a disponibilidade do protocolo de atuação e o apoio dos gestores durante a aplicação do projeto de intervenção. As ações serão incorporadas com a rotina do dia a dia.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção a pessoas com HAS e DM (adultos com mais de 20 anos) na UBS Mãe Túnica no município São João da Varjota/PI. Na área adstrita à UBS existem 694 hipertensos e 171 diabéticos, estimados através da planilha de coleta de dados. Portanto a intervenção focou a esta população alvo. Entre esta população a intervenção programática acompanhou ao final uma cobertura na área adstrita de 37,3% para HAS e 29,8% para DM.

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no programa da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

No início da intervenção 130 hipertensos fizeram o cadastramento (18,7%). Ao longo da intervenção fizeram o acompanhamento 225 hipertensos no segundo mês (32,4%) finalizando com 259 hipertensos cadastrados (37,3%). Entretanto, observa-se que o acompanhamento melhorou muito. Dentro das facilidades para o cumprimento da meta estiveram as condições materiais e humanas, dentro das dificuldades não foi possível alcançar 80 % planejado, pois foi realizada a intervenção de 16 semanas a 12 semanas. Na minha impressão a meta foi superestimada, pois a população de hipertensos que foi calculada é muito grande.

É importante destacar que de acordo com o CAP, na análise situacional, tínhamos uma estimativa que o próprio CAP gerava de 934 hipertensos e 267 diabéticos. Destes, tínhamos dados registrados na UBS, 500 hipertensos e 90 diabéticos atendidos ou registrados na área de abrangência. No entanto, estas informações não retratam a nossa realidade, pois com a intervenção comprovamos menor número. Com a rotina da intervenção que vai continuar, aparecerão novos hipertensos e diabéticos. Consideramos que as estimativas da planilha de coleta de dados estejam mais próximas a nossa realidade.

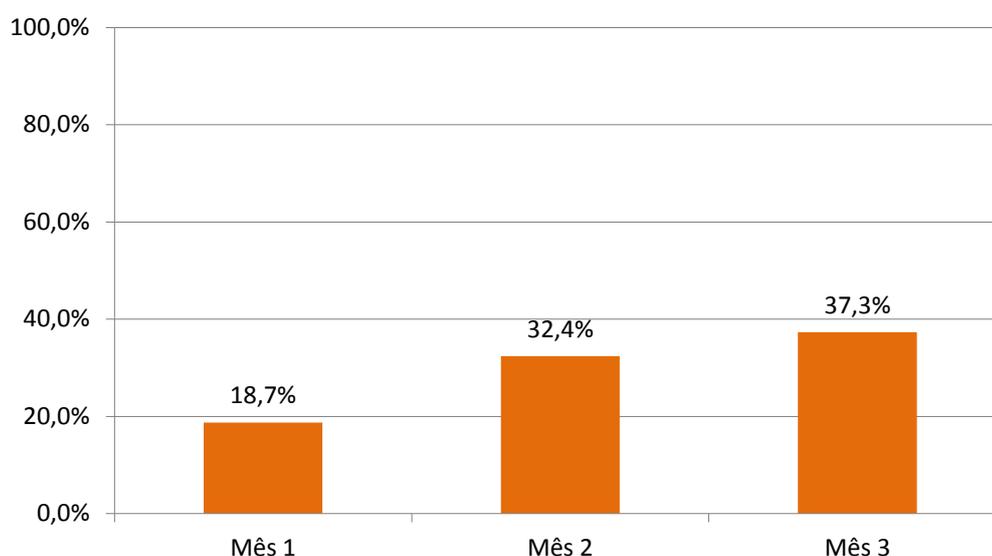


Figura 1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Mãe Túnica, SJV /PI, 2015.

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

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

Na UBS Mãe Túnica 171 diabéticos de mais de 20 anos residem na área. No início da intervenção 25 diabéticos foram cadastrados (14,6%). Ao longo da intervenção, foram cadastrados 47 no segundo mês e 51 no terceiro, alcançando uma cobertura de 29,8 %. Dentro das dificuldades, não foi possível alcançar 60 % planejado, pois foi levada a intervenção de 16 semanas a 12 semanas. Além disto, na minha opinião, igual que o tópico anterior a meta era alta.

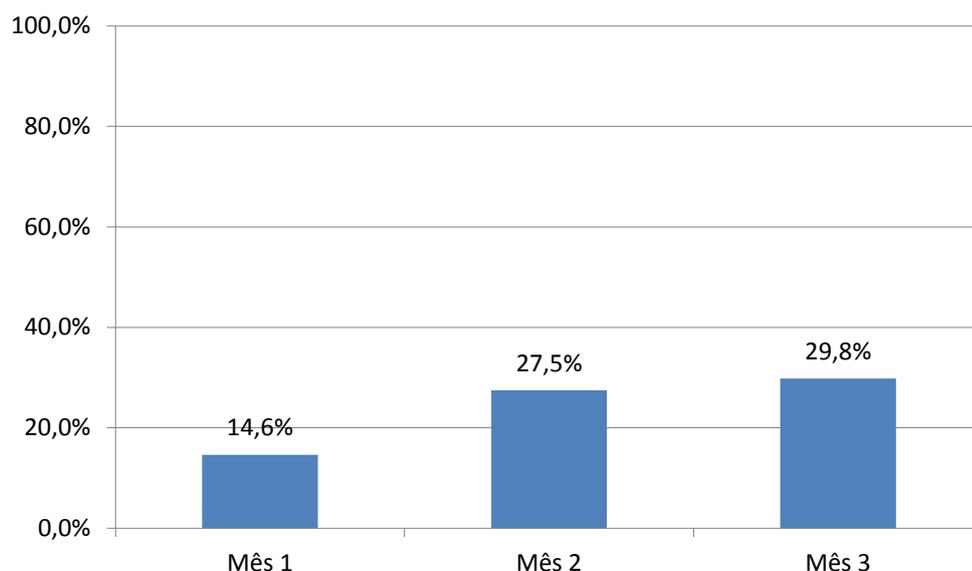


Figura 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Mãe Túnica, SJV /PI, 2015.

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

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

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

Na área adstrita da UBS existem 259 hipertensos cadastrados. Nesta população a intervenção programática acompanhou ao final uma cobertura na área adstrita de 100 % para HAS e 100 % para DM respectivamente. .

No início da intervenção 128 hipertensos fizeram o exame clínico (98,5%). Ao longo da intervenção fizeram o exame clínico 225 hipertensos no segundo mês (100 %) finalizando com 259 hipertensos com exame clínico (100 %). Observa-se que o acompanhamento manteve-se constante nos 3 meses de intervenção. Dentro das facilidades para o cumprimento da meta estiveram os recursos materiais como transporte, papel, etc e humanas como médica, enfermeira, etc.

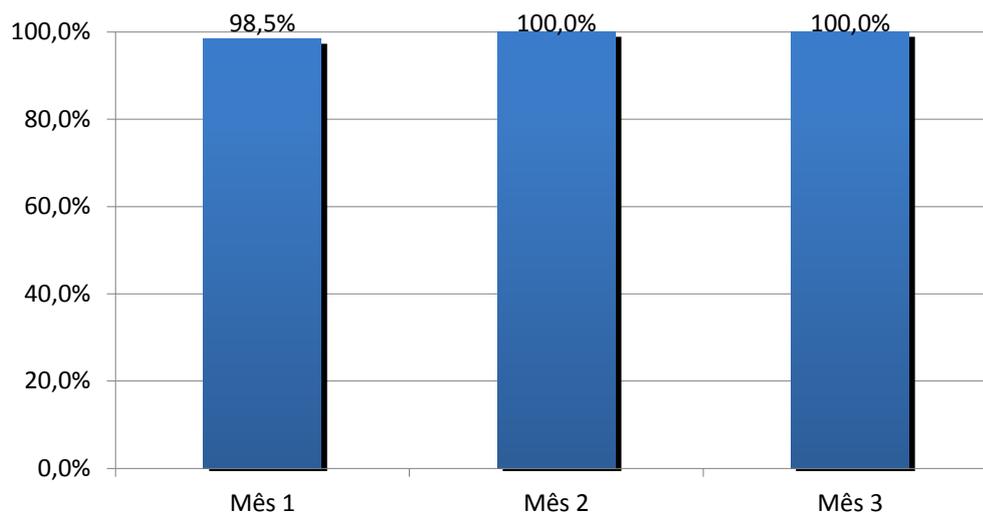


Figura 3: Proporção de hipertensos com exame clínico de acordo com o protocolo na UBS Mãe Túnica, SJV-PI, 2015

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

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

A UBS Mãe Túnica possui 171 diabéticos com mais de 20 anos. No início da intervenção 25 diabéticos fizeram o exame clínico (100 %). Ao longo da intervenção fizeram o exame clínico 47 diabéticos no segundo mês (100 %) finalizando com 51 diabéticos com exame clínico (100 %). Manteve-se constante, sempre com 100%.

Para que pudéssemos cumprir estas metas, tivemos o apoio da gestão municipal, que nos proporcionou os insumos necessários, como as fichas espelhos em quantidade suficiente, além do transporte para a equipe realizar as visitas domiciliares aos hipertensos e diabéticos faltosos. A enfermeira também colaborou realizando o preenchimento dos documentos, medida dos sinais vitais. Em relação a proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi muito importante a participação e trabalho da equipe em geral, principalmente do médico e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS a nível da UBS e visitas domiciliares.

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

Indicador 2.3: Proporção de diabéticos com o exame complementares em dia de acordo com o protocolo.

No início da intervenção 85 hipertensos fizeram os exames complementares (65,4%). Ao longo da intervenção fizeram o exame complementares 225 hipertensos no segundo mês (100 %) finalizando com 259 hipertensos com exames complementares (100 %). Entretanto observa-se que o acompanhamento melhorou muito.

Para que pudéssemos cumprir estas metas, tivemos o apoio da gestão municipal, que nos proporcionou os insumos e condições no laboratório para fazer os exames. A enfermeira também colaborou realizando o preenchimento dos documentos, medida dos sinais vitais. Em relação a proporção de diabéticos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo foi muito importante a participação e trabalho da equipe em geral, principalmente do médico e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS a nível da UBS e visitas domiciliares.

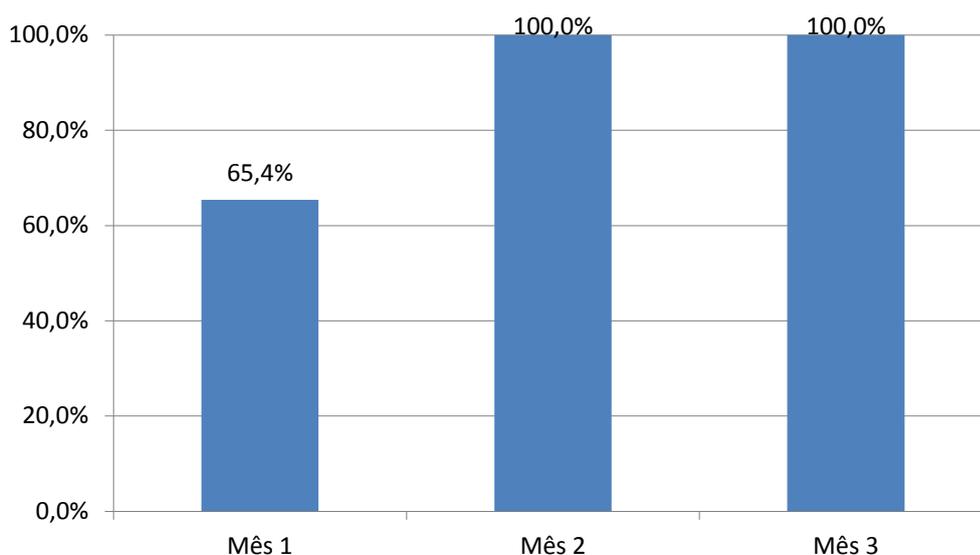


Figura 4: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Mãe Túnica, SJV/PI (2015).

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

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

A UBS Mãe Túnica possui 171 diabéticos com mais de 20 anos. No início da intervenção 13 diabéticos fizeram os exames complementares (52,0 %). Ao longo da intervenção fizeram os exames complementares 47 diabéticos no segundo mês

(100 %) finalizando com 51 diabéticos com exames complementares (100 %). A facilidade com que contamos foi a possibilidade que tem as pessoas no município para fazer os exames e a secretaria municipal de saúde disponibilizou os exames complementares a todos, a localização do laboratório, etc.

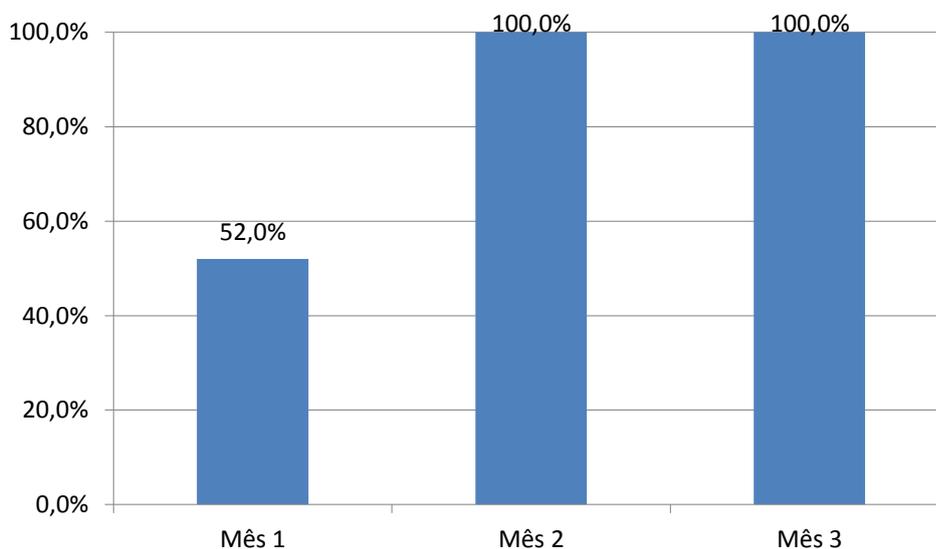


Figura 5 Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Mãe Túnica/PI (2015).

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

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

Nesta população a intervenção programática acompanhou ao final uma cobertura na área adstrita de 100% para HAS e 100% para DM respectivamente.

No início da intervenção 129 hipertensos receberam a prescrição de medicação (100 %). Ao longo da intervenção receberam a prescrição da medicação 224 hipertensos no segundo mês (100 %) finalizando com 259 hipertensos com exames complementares (100 %). Dentro das facilidades para o cumprimento da meta estiveram o apoio da secretaria municipal para fazer as consultas em todas as comunidades e a prescrição dos medicamentos como preconiza o protocolo de atenção ao hipertenso, dentro das dificuldades foram os atrasos da chegada da medicação à UBS, tendo as pessoas em ocasiões que comprar a medicação. Portanto, embora todos os hipertensos tenham recebido a prescrição dos medicamentos preconizados, o acesso ao medicamento não foi universal.

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

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

No início da intervenção 25 diabéticos receberam a prescrição da medicação (100 %). Ao longo da intervenção ampliou-se para 47 diabéticos no segundo mês (100 %) finalizando com 51 diabéticos com medicação da Farmácia popular (100 %). Esta meta foi cumprida pela prescrição dos medicamentos como preconiza o protocolo de atendimento do diabético.

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

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

Na área adstrita à UBS existem 259 hipertensos cadastrados. Nesta população a intervenção programática acompanhou ao final uma cobertura na área adstrita de 100% para HAS e 100% para DM respectivamente.

No início da intervenção 130 hipertensos foram avaliados sobre a necessidade de atendimento odontológico (100 %). Ao longo da intervenção 225 hipertensos foram avaliados; no segundo mês (100%) finalizando com 259 hipertensos com avaliação de atendimento odontológico (100%). A facilidade para o cumprimento desta meta é a presença de dentista e assistente na equipe, prestação de serviço adequado. Não podemos falar de dificuldades com os cadastrados do programa.

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

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

No início da intervenção 25 diabéticos foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico (100 %). Ao longo da intervenção fizeram o atendimento odontológico 47 diabéticos no segundo mês (100 %) finalizando com 51 diabéticos com atendimento odontológico (100 %). A facilidade para o cumprimento desta meta

é a presença de dentista e assistente na equipe, prestação de serviço adequado e o apoio da secretaria de saúde ao Programa de Saúde bucal para o município. Não podemos falar de dificuldades com os cadastrados do programa.

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

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

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

No início da intervenção 1 hipertenso foi faltoso, sendo realizada a busca ativa (100 %). Ao longo da intervenção faltou 1 hipertenso no segundo mês com busca ativa (100 %) finalizando com 1 hipertenso faltoso com busca ativa realizada (100 %).

Dentro das facilidades para o cumprimento da meta estiveram a disposição de cooperação a intervenção dos ACS e assistência dos usuários.

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

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

No início da intervenção não havia faltoso diabético. Ao longo da intervenção não tivemos diabético faltoso. A facilidade é porque desde no primeiro momento o equipe ficou sensibilizada sobre a importância de fazer o trabalho segundo o cronograma, além de demonstrar a importância da intervenção, os benefícios para a população alvo e população em geral.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

No início da intervenção 127 hipertensos tiveram registro nas fichas de acompanhamento (97,7 %). Ao longo da intervenção foram preenchidas 223 fichas no segundo mês (99,1 %) finalizando com 259 hipertensos (99,2 %).

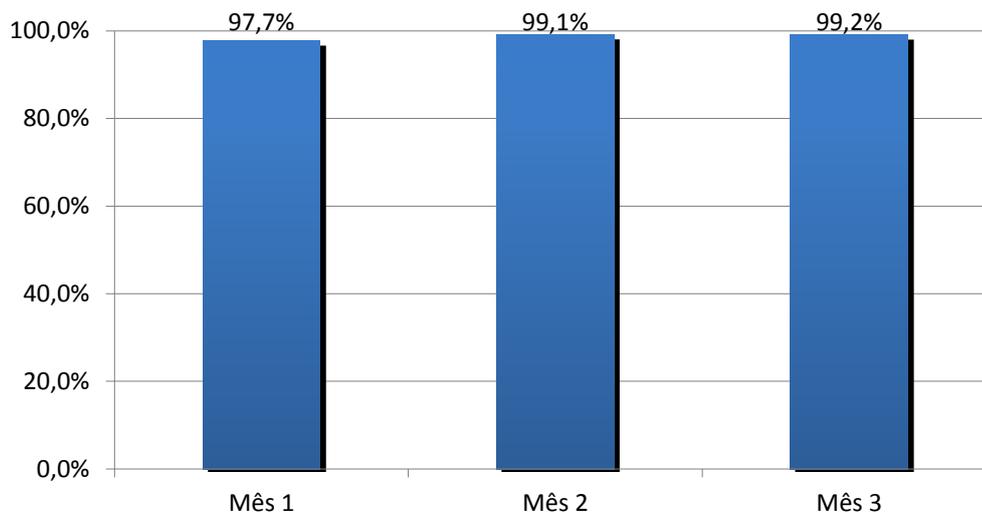


Figura 6 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Mãe Túnica/PI (2015).

Meta 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

No início da intervenção 25 diabéticos (100%) possuíam registro adequado. Ao longo da intervenção fizeram o preenchimento da ficha 47 diabéticos; no segundo mês (100 %) finalizando com 51 diabéticos com preenchimento correto das fichas (100 %).

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

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

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

No início da intervenção 130 hipertensos fizeram estratificação de risco cardiovascular (100%). Ao longo da intervenção 225 hipertensos fizeram estratificação de risco no segundo mês (100 %) finalizando com 259 hipertensos (100%). A facilidade para fazer a estratificação foi ter realizado o exame clínico com seriedade para garantir uma adequada estratificação de risco. Para conseguir a meta foi importante a participação dos usuários e comunidade em geral, para a

realização do exame clínico e complementar, ajuda do município com a realização dos exames complementares pelo SUS e o trabalho da equipe em geral na busca ativa e avaliação dos usuários.

A secretaria de saúde garantiu os instrumentos como esfigmomanômetro, estetoscópio, balança, etc para garantir as medidas de para medidas de pressão arterial. Também foi muito bom a participação da nutricionista do NASF para fazer avaliação nutricional, para fazer estratificação não foi preciso ter exames pois a estratificação é clínica. A estratificação foi feita pela médica e enfermeira e foi monitorada pela médica.

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

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

No início da intervenção 25 diabéticos (100 %) fizeram estratificação de risco cardiovascular. Ao longo da intervenção fizeram a estratificação de risco cardiovascular 47 diabéticos no segundo mês (100 %) finalizando com 51 diabéticos com estratificação de risco cardiovascular (100%). A facilidade para fazer a estratificação foi ter realizado o exame clínico com seriedade para garantir uma adequada estratificação de risco. Para conseguir a meta foi importante a participação dos usuários e comunidade em geral, para a realização do exame clínico e complementar, ajuda do município com a realização dos exames complementares pelo SUS e o trabalho da equipe em geral na busca ativa e avaliação dos usuários.

A secretaria de saúde garantiu os instrumentos como esfigmomanômetro, estetoscópio, balança, etc para garantir as medidas de para medidas de pressão arterial. Também foi muito bom a participação da Nutricionista do NASF para fazer avaliação nutricional, para fazer estratificação não foi preciso ter exames pois a estratificação é clínica. A estratificação foi feita pela médica e enfermeira e foi monitorada pela médica.

Objetivo 6 : Promover a saúde.

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

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

No início da intervenção 130 hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável (100%). Ao longo da intervenção 225 foram recebendo (100 %) finalizando com 259 hipertensos (100%).

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

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

No início da intervenção receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável 25 diabéticos (100 %). Ao longo da intervenção receberam 47 diabéticos no segundo mês (100 %) finalizando com 51 diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável (100 %). Uma facilidade para o cumprimento desta meta é a presença da nutricionista do NASF ao longo da intervenção.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre prática de atividades físicas a 100% regular aos hipertensos.

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

No início da intervenção 130 hipertensos receberam orientação sobre prática de atividade física regular (100 %). Ao longo da intervenção receberam 225 no segundo mês (100%) finalizando com 259 hipertensos (100%).

Meta 6.4: Garantir orientação sobre prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos.

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

No início da intervenção receberam orientação sobre prática de atividade física regular 25 diabéticos (100%). Ao longo da intervenção receberam 47 diabéticos no segundo mês (100%) finalizando com 51 diabéticos (100%).

A facilidade para o cumprimento desta meta além da equipe foi contar com a nutricionista do NASF que fez uma avaliação nutricional de cada usuário. A dificuldade foi que no município não tem educador físico, pois os recursos do NASF

poderíamos contar com três profissionais de saúde de acordo com o porte populacional da UBS.

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

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

No início da intervenção 130 hipertensos receberam orientação sobre riscos do tabagismo (100 %). Ao longo da intervenção 225 foram recebendo orientação no segundo mês (100 %) finalizando com 259 hipertensos (100 %).

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

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

No início da intervenção receberam orientação sobre riscos do tabagismo 25 diabéticos (100 %). Ao longo da intervenção receberam 47 diabéticos no segundo mês (100%) finalizando com 51 diabéticos com orientação sobre riscos do tabagismo (100 %).

A facilidade para cumprir esta meta foi a preparação da equipe neste tema, consequências do tabagismo, experiências dos próprios usuários transmitidas a outros, etc. A dificuldade é que ainda tem fumantes. O que facilitou para que todos os hipertensos e diabéticos fossem orientados sobre os riscos do tabagismo foi a realização de palestras para grupos de fumantes, divulgação sobre prejuízos do tabagismo, seja nas consultas ou nos murais.

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

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

No início da intervenção 129 hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal (99,2 %). Ao longo da intervenção outros 224 foram recebendo orientação no segundo mês (99,6 %) finalizando com 258 hipertensos (99,6 %). Para cumprir esta meta a equipe de saúde bucal fez os atendimentos individuais segundo precisou o usuário, fez atividades de promoção de saúde bucal para a população alvo da intervenção e população em geral. Um usuário não recebeu

orientação sobre higiene bucal, pois saiu no momento da intervenção e depois foi incorporado novamente.

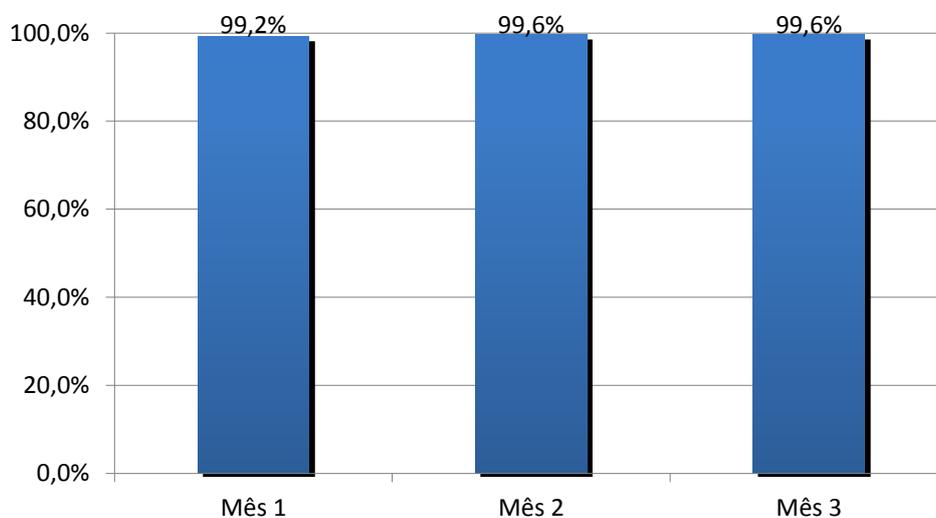


Figura 7 Proporção de hipertensos com orientação de higiene bucal na UBS Mãe Túnica/PI (2015).

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

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

No início da intervenção receberam orientação sobre higiene bucal 25 diabéticos (100 %). Ao longo da intervenção 47 diabéticos receberam orientação no segundo mês (100 %) finalizando com 51 diabéticos com orientação sobre higiene bucal (100 %).

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Mãe Túnica propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a qualificação da atenção com destaque do exame clínico, a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, e a classificação de risco de ambos os grupos para planejamento de estratégias futuras. Praticamente todos os usuários receberam atendimento odontológico, além da melhoria dos registros de acompanhamentos. Conseguimos com a educação em saúde garantir orientação em alimentação saudável, riscos de tabagismo e higiene bucal.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse na abordagem HAS e DM para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destas doenças. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem, do odontólogo, técnico em saúde bucal, nutricionista e da recepção nesse mapeamento e territorialização, com 11 áreas de abrangência. Nós começamos e continuamos o cadastramento a todas as pessoas no SUS para que não fique ninguém sem atendimento garantindo o princípio da universalidade.

Esse atendimento é feito dentro e fora da UBS, tanto de urgências e emergências, e quando não tem condições utiliza-se sempre os protocolos de referencia e contra-referência para internação hospitalar ou atendimento pelas especialidades. Também foi feito atendimento e acompanhamento domiciliar por todos os profissionais. A maioria dos profissionais que participaram nas atividades de grupos, e é importante destacar que poderia melhorar as quantidades de grupos. Com periodicidade mensal realiza-se reuniões de produção com debate de equipe com os ACS.

Antes da intervenção as atividades de atenção a HAS e DM eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa em suas varias definições uma ação de aproximação, um “estar com”, um estar “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Um bom acolhimento garante e facilita a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas. Não existem modelagem ou receitas de acolhimentos, a melhor será aquela que se adapta à realidade da cada UBS. Nossa UBS tem como padrão que não pode ficar uma pessoa sem ser escutada, orientada, resolvida ou derivada sua demanda. Existem os termos de demanda sentida, demanda expressa e demanda normativa. Considera-se se importante que as demandas do usuário sempre são genuínas, e por tanto, o usuário define de certa forma o que é necessidade para ele.

A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. O impacto da intervenção ainda é pouco identificado, pois temos que continuar o cadastramento e busca ativa, trabalhar com pessoas de mais de 20 anos e famílias dos usuários. Os hipertensos e

diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, com a melhoria da qualidade do atendimento e prevenção das complicações.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura. Consideramos a causa a diminuição do tempo da intervenção e superestimação da meta. Antes da intervenção tínhamos uma informação de 500 hipertensos e 90 diabéticos cadastrados, o que não correspondia a nossa realidade. Agora, depois da intervenção, ainda que não atingida a meta, a atenção é mais integral e completa, pois temos uma equipe muito mais preparada.

Caso fosse realizar novamente a intervenção neste momento eu acho que não faria nada diferente, pois desde no primeiro momento foram dadas e recebidas as orientações pelo curso, pelos orientadores, foi confeccionado um cronograma, foram discutidas as atividades a desenvolver com a equipe, trabalharia com a mesma intensidade.

Agora que estamos no final da intervenção, percebo que a equipe está integrada, e como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das pequenas dificuldades encontradas, como retardo na chegada da medicação na Farmácia Popular.

A intervenção já está incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos continuar ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização e continuidade da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco, além da prevenção de complicações.

Vamos continuar usando a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto para que no futuro possa ser utilizada por outros profissionais.

A partir do término da intervenção, continuaremos através dos ACS procurando nas microáreas, pretendendo investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Consideramos viável a incorporação à rotina do serviço pois recebemos apoio desde o primeiro momento da intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores

A intervenção escolhida para esta comunidade teve como foco a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, e surgiu depois de um ano de participação no curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade de Ensino à distância (EaD) o qual foi nos preparando para em cada um dos lugares melhorar a atenção e qualificação da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência.

O curso ofereceu apoio, instrução, instrumentos e ferramentas, caminhos para alcançar os objetivos da intervenção de melhorar a atenção de hipertensos e diabéticos,

Foi importante o apoio da gestão na capacitação realizada no início da intervenção além de fornecer materiais necessários como aparelho de glicemia, balança, aparelho para verificação da pressão arterial, nas impressões das fichas espelho, a facilidade com o transporte. Foi utilizado o Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) fornecido pelo Ministério da Saúde e pactuarmos os objetivos, metas e o papel de cada profissional na intervenção.

A intervenção buscou ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão ou diabetes aderidos no programa. A maioria das ações foram feitas, com a monitorização da intervenção, melhoria do acolhimento e garantia o registro de um bom número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à

Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. A cobertura chegou a 251 usuários hipertensos (36,2%) e dos diabéticos a cobertura foi de 29,2% com um total de 51 diabéticos. É necessário ter em conta que na mesma pessoa podem coincidir as duas doenças. Não atingimos a meta segundo a estimativa. Mas como já temos a mesma incorporada a rotina de trabalho da UBS seguiremos aumentando e garantindo a cobertura dos usuários com ajuda da equipe de saúde.

Terminamos com um total de 251 usuários hipertensos cadastrados o que representou um 36,2% da população residente e os diabéticos terminaram com um total de 51 usuários com exame clínico em dia (29,2%). Em relação á proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi muito importante a participação e trabalho da equipe em geral, principalmente do médico e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS a nível da UBS e visitas domiciliares. Foi oferecida a indicação de diferentes exames complementares para avaliação adequada dos usuários, para concluir nossa intervenção com um total de 251 usuários hipertensos com exames complementares em dia, o que representou 100% e os usuários diabéticos tiveram 51 com exames complementares em dia (100%).

O principal é que conseguimos indicar os exames aos usuários em consultas ou visitas domiciliares e identificar aos usuários com exames não em dia. Importante para ajudar a cumprir este indicador foram as facilidades do município para a realização dos exames através do SUS, parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral. Organizamos 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 com ajuda de todo a equipe.

Quanto à prescrição de medicamento da Farmácia Popular tivemos 251 usuários com hipertensão com prescrição da Farmácia Popular (100%) e um total de 51 usuários diabéticos (100%) o qual é muito bom, já que podem acessar de forma muito econômica e adquirir seus medicamentos a baixos custos e diminuem os riscos de abandono do tratamento por falta de dinheiro. Importante contar no município com as farmácias populares, que ajudam aos usuários com a compra de

medicamento a baixo custo ou de graça, já que na UBS alguns meses deste ano 2015 teve pouca disponibilidade de medicamentos, limitação que precisa ajuda dos gestores e secretaria da saúde.

Em relação à proporção de diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico temos uma equipe de saúde bucal na UBS, os quais disponibilizaram ajuda com os usuários da intervenção, além de capacitar toda equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal dos usuários durante toda a intervenção. Organizamos práticas individuais a cada usuário em consulta e coletivas na comunidade e UBS sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parcerias institucionais, envolvendo professores e equipe do NASF.

Temos que ressaltar a importância da continuação do apoio dos gestores envolvidos nesta intervenção, já que é de conhecimento de todos que conseguirmos agir preventivamente conseguiremos resultados expressivos num futuro breve, trazendo benefícios para a população, além de reduzir os recursos investidos em tratamentos curativos que são muito mais caros que os tratamentos preventivos e com isso melhorar a qualidade de vida dos usuários com hipertensão ou diabetes.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Senhoras e senhores moradores da comunidade

O presente trabalho, tendo como foco a atenção aos usuários com pressão alta e diabetes, foi desenvolvido no período de abril a junho de 2015. Pretendíamos cadastrar 694 hipertensos e 171 diabéticos da UBS Mãe Túnica, ou seja, todos os usuários hipertensos e diabéticos de 20 anos ou mais da área adstrita e fazer consultas multiprofissionais, com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS.

O curso é uma modalidade moderna para estudantes, que oferece muitas vantagens com muita qualidade. É dirigido e monitorado em nosso caso pela Universidade Federal de Pelotas.

A hipertensão e diabetes são doenças crônicas, e atualmente importante causa de mortalidade no mundo, e no Brasil. Nosso município não tem diferença nesse comportamento. A Hipertensão e o Diabetes são doenças que geram grandes gastos para os sistemas de saúde e sociedade, devido ao tratamento e as complicações desencadeadas por elas. É fundamental melhorar o controle e atenção aos portadores dessas doenças, principalmente no nível primário de atenção à saúde, de forma a prevenir suas complicações, reduzir os impactos ao sistema de saúde e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Neste sentido, estabelecemos como foco de intervenção na UBS Mãe Túnica ação programática de atenção aos portadores da HAS e DM na área de abrangência.

Reunimos a equipe, planejamos segundo orientações do curso de especialização em Saúde da Família, na modalidade EaD. Estudamos os materiais fornecidos e nos preparamos para melhorar o atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Estabelecemos metas para cumprir e foram definidas

ações para alcançá-las. Esta intervenção estava planejada para ocorrer em 16 semanas, mas foi diminuída para 12 semanas, mas um dos objetivos é continuar como na rotina da UBS.

Primeiramente, definiu-se ter pelo menos 80% dos usuários com hipertensão e 60 % de usuários com diabetes cadastrados adequadamente no município inscrito na intervenção. Neste item tivemos um bom resultado, conseguimos garantir o registro de um bom número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde. Capacitou-se os ACS para exercerem suas funções seguindo o protocolo. Capacitamos também a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e posteriormente orientou-se à comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos. Foi monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com hipertensão e diabetes e organizamos as consultas em lugares mais perto dos usuários, além das visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Foram realizadas palestras e trocas de conversas para ouvi-los sobre estratégias para não ocorrer evasão e conseguir esclarecer sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e prevenção de complicações. Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parceria com NASF.

Temos o registro de todos os atendimentos em uma ficha para cada usuário hipertenso ou diabético e conseguimos ter um controle de como está a condição de cada usuário. Isto permite avaliar nossas ações como profissional se estamos atingindo os objetivos.

A cobertura chegou a 251 usuários hipertensos (36,2%) e dos diabéticos a cobertura foi de 29,2% com um total de 51 diabéticos. É necessário ter em conta que na mesma pessoa podem coincidir as duas doenças. Não atingimos a meta segundo a estimativa, mas como já temos a mesma incorporada à rotina de trabalho da UBS seguirá aumentado e garantindo a cobertura dos usuários com ajuda da equipe de saúde. A meta de cobertura não foi cumprida mais todos os indicadores tiveram um resultado ótimo.

As principais dificuldades para o cumprimento das metas da intervenção que consideramos foram dificuldades com a medicação, mas foram solucionadas no momento.

As facilidades da intervenção foram a preparação, qualificação da equipe, apoio da secretaria de saúde e pela parte da população prestar ouvido às orientações dessa equipe, garantindo sua credibilidade e confiança na equipe.

Agradeço a colaboração da equipe, da secretaria de saúde, da população em geral para a culminação deste período de trabalho que com certeza vai ter continuidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde nossa chegada ao Brasil achei muito interessante participar num curso de EaD. Foi um desafio pela língua e pela tecnologia, recebendo ótima colaboração dos orientadores, professores e que junto aos protocolos de atuação fomos ao frente e conseguimos compreender e desenvolver o projeto pedagógico planteado. Como facilidade foi contar com a internet para desenvolver as tarefas semanais em tempo. Destaco o apoio dos diferentes professores nas orientações, avaliação e revisão das diferentes tarefas e TCC finalmente.

Quando apresentei o projeto a minha UBS e à secretaria de saúde, todos ficaram muito animados para começar, e ao final conseguimos com nosso trabalho em equipe melhorar a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, oferecendo um atendimento humanizado e de qualidade. Toda a equipe ajudou muito na realização e no cumprimento das ações do cronograma, e não tivemos grandes problemas na trajetória.

Minha expectativa foi cumprida já que conseguimos cadastrar um bom número de usuários com estas doenças e agora incorporamos todas essas ações na nossa rotina diária da UBS, e com isso os usuários e comunidade em geral ficaram muito contentes com nosso trabalho. Com relação ao significado na prática profissional, considero muito bom já que tive a possibilidade de adquirir conhecimentos acerca da ESF no Brasil, colocando em prática os conhecimentos anteriores.

Considero que os aprendizados mais interessantes do curso foram o planejamento das ações em saúde e a organização do processo do trabalho, com os membros da equipe. Com relação ao planejamento das ações destaco que tivemos

que trabalhar com os principais problemas da comunidade, com os dados obtidos na análise situacional da UBS, para assim alcançar essas metas e tentar dar soluções através de trabalhos preventivos no processo de saúde–doença da comunidade e pela organização do trabalho em equipe, já que com a união encontramos a força para assim dar resolubilidade as demandas dos usuários.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo 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.