

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS
Esperança III, Parnaíba/PI**

Idalia Romero Rojas

Pelotas, 2015

Idalia Romero Rojas

**Melhoria na atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS
Esperança III, Parnaíba/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.

Orientadora: Joannie dos Santos Fachinelli
Soares

Pelotas
2015

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

R741m Rojas, Idalia Romero

Melhoria na Atenção à Saúde de Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Esperança Iii, Parnaíba/PI / Idalia Romero Rojas; Joannie dos Santos Fachinelli Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Joannie dos Santos Fachinelli, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho a meu esposo, filhos e neta, a toda minha linda e unida família, que sempre esteve ao meu lado no pensamento, com uma palavra de incentivo nos momentos de dificuldades, um abraço e muitos elogios nos momentos de vitória, sua confiança, fidelidade, experiências de vida e infinito amor. Sem este não teria conquistado mais essa etapa de minha vida, embora longe, eles estavam sempre em minha mente para me dar a força para ir em frente.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por sua presença e seu grande amor em minha vida. Aos meus amigos e à família pela força e compreensão.

À minha orientadora, Joannie dos Santos Fachinelli Soares, pelo incentivo, paciência e grande ajuda, sem os quais o presente trabalho não teria sido possível.

Enfim, a todos que colaboraram para a realização deste trabalho, à minha equipe toda, especialmente aos ACS que sempre me acompanharam com entusiasmo.

Resumo

ROJAS, Idalia Romero. **Melhoria na atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Esperança III, Parnaíba/PI.** 2015. 89f . 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 Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica 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 e Diabetes Mellitus pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Esperança III no município de Parnaíba-PI, cadastradas no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da unidade. Foi desenvolvida uma intervenção em um período de 12 semanas, seguindo um cronograma pré-estabelecido. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações em quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Foram adotados como referencial teórico os cadernos de atenção básica: Hipertensão Arterial Sistêmica nº37 e Diabete Mellitus nº 36, ambos do Ministério da Saúde (ano 2013) e para as coletas dos dados foram utilizados os prontuários clínicos e as fichas-espelho do Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos. Antes da intervenção, segundo estimativas, tínhamos cobertura de 565 para (59%) dos hipertensos e 196 para (73%) dos diabéticos da área de abrangência da unidade. Participaram da intervenção 392 usuários hipertensos e 191 diabéticos, totalizando uma cobertura de 69,8% e 97,4%, respectivamente. Um total de 392 usuários com exame clínico em dia, o que representou 100% dos usuários avaliados com o exame clínico em dia e diabéticos 191 usuários com exame clínico em dia (100%). Para atingir a proporção de 100% dos usuários com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi muito importante a participação da médica e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho e visitas domiciliares, o apoio dos ACS, e o trabalho da equipe em geral. Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com

hipertensão ou diabetes e organizamos consultas em lugares mais pertos como igreja, nas tardes, além das visitas domiciliares para buscar os faltosos. Capacitamos os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Monitoramos a qualidade dos registros dos hipertensos ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Implantamos e atualizamos a ficha de acompanhamento, com definição dos responsáveis pelo monitoramento dos registros. A intervenção proporcionou melhorias na atenção básica 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 Unidade, 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 Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de proporção de hipertensos nos meses de março-maio de 2015, Parnaíba/PI	62
Figura 2	Gráfico de proporção de diabéticos cadastrados nos meses de março-maio de 2015, Parnaíba/PI	63

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DANT	Doenças e Agravos não transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HEDA	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MEC	Ministério de Educação e Cultura
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	28
2 Análise Estratégica.....	30
2.1 justificativa	30
2.2 Objetivos e metas	31
2.2.1 Objetivo geral	31
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	32
2.3 Metodologia	33
2.3.1 Detalhamento das ações	34
2.3.2 Indicadores.....	46
2.3.3. Logística.....	53
2.3.4 Cronograma	56
3 Relatórios da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	61
4 Avaliação da intervenção	62
4.1 Resultados	62
4.2 Discussão	73
5 Relatório da intervenção para gestores.....	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	78
7 Reflexões crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências	81
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	82

Apresentação

Este volume trata de um projeto de intervenção realizado no Município de Parnaíba - PI, que teve o objetivo de melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados na Unidade Básica de Saúde Esperança III.

Este volume apresenta-se dividido em seis seções. A primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção básica 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 pela Avaliação da Intervenção, na qual descrevemos os resultados e os analisamos em uma discussão, além de serem apresentados 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 implementação da intervenção, e por último, na sexta seção, temos as referências bibliográficas utilizadas no trabalho.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu sou Idália Romero, médica, trabalho no município Parnaíba do Estado do Piauí. Minha Unidade de Saúde é Esperança III.

Nossa Equipe de Saúde da Família é formada pela médica, enfermeira, duas técnicas de enfermagem, 9 Agentes Comunitários de Saúde, uma recepcionista, u e uma zeladora. Recebemos apoio do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), que conta com psicólogo, nutricionista e assistente social.

A Unidade Básica de Saúde conta com uma sala de vacina, uma sala de enfermagem, uma sala de curativo, uma sala de atendimento médico, uma sala de recepção e uma sala onde será realizado o trabalho em Odontologia futuramente, dois banheiros e uma sala de espera para atendimento.

Agendamos atendimento médico de segunda-feira a quinta-feira pela manhã para saúde do homem, saúde da mulher, crianças, puericultura, hipertensos, diabéticos, saúde mental e idosos. As visitas domiciliares estão programadas pela tarde nesses mesmos grupos, também fazemos reuniões de gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos. Sempre contamos com apoio dos agentes comunitários de saúde, os quais fornecem uma importante ajuda para o bom funcionamento da ESF. Além de uma reunião mensal para planejar o trabalho da equipe no mês, onde todos os principais membros da equipe de apoio à saúde participam. Nessa reunião programam-se todas as atividades a serem executadas neste período de 30 dias e certas situações são expostas à equipe de saúde para planeja como corrigi-las. Nestas atividades participa também a comunidade e a fazemos em praça, igreja, escola.

Temos SAMU tem que apoiar a transferência de usuários para unidades de cuidados especiais. A prefeitura também cuida da transferência de usuários para outras especialidades que dispomos no Parnaíba.

Na UBS tem um total de 4.715 pessoas e um número de famílias de 1.353, tem um total de maiores de 15 anos de 3396, e uma quantidade de hipertensos de 562 usuários, diabéticos são 196, 29 gestantes e 21 crianças menores de um ano. A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são as doenças principais minha comunidade, além das principais complicações que podem originar-se.

O relacionamento da equipe com a comunidade é muito bom, dia a dia aumenta o número de pessoas que acodem à unidade de saúde para procurar nossos serviços. Nas visitas domiciliares cada dia aumenta o número das mesmas e as pessoas se mostram muito contentes pelo atendimento em casa.

Ainda acho temos que melhorar para aumentar o número de usuários para seu acompanhamento, tanto de doenças crônicas, como agudas, cadastrar um maior número de gestantes, puérperas e lactantes, e superar as dificuldades com relação à atenção odontológica.

Além das dificuldades, considero que o trabalho da ESF é muito bom com o atendimento do usuário e da comunidade para prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, também é muito importante o trabalho da ESF para a busca permanente de comunicação e troca de conhecimento entre os integrantes da equipe. Seguiremos nosso trabalho em equipe para ofertar maior e melhor saúde ao povo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Parnaíba, está localizado na região do litoral Piauiense e tem como limite ao norte o município de Ilha Grande e o oceano Atlântico, ao sul Buriti dos Lopes e Cocal a leste Luís Correia, e a oeste o estado do Maranhão. Este município tem uma população estimada de 145.705 pessoas, com uma população rural de 8.220 habitantes (5,64%) e uma população urbana de 137.485 (94,36%) habitantes. Tem 69.727 homens e 75.978 mulheres, os dados ainda não são atualizados pelo SIAB. O Cadastro Nacional não se completa, pois tem muitas áreas descobertas por ACS.

No aspecto econômico o município é considerado a segunda cidade em importância do estado do Piauí, destacando-se pela bela paisagem marcada pelos carnaubais, delta do rio Parnaíba, Praia do Sal e pela relativamente moderada atividade comercial e industrial onde destaca pela exportação de cera de carnaúba, óleo de babaçu, gordura de coco, castanha de caju. O município dispõe de indústria de produtos alimentícios e perfumaria. Por exemplo, Vergeflora, Cooperativa Delta, Leite Longa.

O turismo também vem contribuindo para crescimento do município, pois a cada ano vem se profissionalizando, atraindo assim mais visitantes de todas as partes do Brasil. Novos hotéis e resorts estão sendo construídos. Também dispõe de um Aeroporto Internacional. Na educação, a escolaridade da população acima de 15 anos, temos que 50% da população tem ensino médio ou mais, 26,5% sem instrução e um 14% com ensino fundamental. Também dispõe das mais importantes bibliotecas do norte do estado, podemos citar a Biblioteca Pública Municipal de Parnaíba

A primeira causa de morbimortalidade no município é a doença cardiovascular, como um inadequado cumprimento do programa da Hipertensão Arterial, responsabilidade que recai na Atenção Básica, e como segunda causa estão as neoplasias, motivo pelo qual devemos intensificar as ações de promoção e prevenção dessas patologias.

Quatro grandes problemas de responsabilidade da Atenção Básica que merecem uma avaliação: 1 – Gravidez, parto E puerpério (22,18%) - embora o município realize todos os seus partos, este problema aponta para um déficit no Indicador atenção ao pré-natal e para uma necessidade prioritária de qualificação do mesmo em nossa Rede de Atenção Básica, principalmente por sermos referência macrorregional para a efetivação da rede Cegonha. 2 - Doenças do aparelho respiratório (14,04%) - não se explica a grande incidência deste agravo no município tendo em vista que as ações de prevenção e promoção têm se intensificado, exemplo disto são as boas coberturas vacinais alcançadas por nossa Rede Assistencial contra influenza. 3 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,32%) - nos mostra que ações Inter setoriais de promoção e prevenção devam ser implementadas em nosso município com o objetivo de mudar este quadro. 4 - Doenças do aparelho Digestivo.

Parnaíba tem 39 UBS, das quais 30 são ESF e 9 UBS tradicionais, a disponibilidade de NASF ainda não cobre 100% das UBS. Temos disponibilidade de serviço hospitalar, mas ainda a quantidade de leito hospitalar é insuficiente para cumprir com a demanda, fundamentalmente em relação à Rede Cegonha. A população tem disponibilidade de exames complementares, mas para a maior parte dos usuários são muito demorados os exames radiodiagnóstico de Ultrassonografia, Tomografia e Ressonância.

Minha UBS, módulo 5, Esperança 3, está situada na Rua Moraes Sousa nº 200 do Bairro Ceara, município Parnaíba do Piauí. Fica em uma área urbana, tem uma ESF formada pela médica, enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma atendente, uma faxineira e 9 ACS, deveria ter 12, mas tem 3 micros áreas descobertas. Temos o apoio do NASF que são de muita ajuda para atendimento e atividades a desenvolver na comunidade. Oferecemos atendimento pela médica e enfermeira de segunda a sexta-feira, curativos, imunizações, encaminhamentos para especialidades, entrega de medicação básica, atendimento aos usuários através dos programas Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT), assistência pré-natal, Prevenção e rastreamento precoce do câncer do colo uterino e de mama, Idosos, encaminhamentos e referências aos serviços hospitalares, visitas domiciliares.

A UBS tem, bom mobiliário, equipamento e instrumentais. O espaço físico é constituído pela recepção, sala de arquivos, sala de vacina onde fazemos as imunizações, sala de curativos, consultório médico e consultório de enfermagem, banheiros e sala destinada ao serviço odontológico que não tem equipamentos, o equipamento de nebulizações não estava funcionando depois de falar sobre isso agora presta este serviço. Eu acho que a maior dificuldade fica na recepção que é muito pequena, cabem menos de 12 pessoas. Além disso, tem ambiente bastante seguro, as barreiras arquitetônicas não estão presentes para facilitar o acesso dos usuários, independentemente de sua idade e doença incapacitante, o usuário com cadeiras de rodas tem bom acesso, além de não contar com cadeira de rodas, as atividades dos grupos são feitas na creche e na igreja que ficam no quintal da UBS. Só o serviço odontológico tem gerado os mais baixos índices.

Não contamos com pessoal de farmácia e a sala de farmácia tem misturado armazém e dispensação e curativo, tudo se faz em uma sala pela técnica de enfermagem e a disponibilidade de medicamento eu acho que ainda é baixa, sobretudo para doenças crônicas. Também existem dificuldades com a reposição de

material de consumo, o qual nem sempre está disponível na UBS para cumprir com os diferentes procedimentos médicos e de enfermagem, exemplo é a dificuldade na revisão da calibragem de esfigmomanometro e das balanças.

Temos que continuar trabalhando sobre as dificuldades observadas para assegurar a saúde adequada dos usuários e das comunidades, com uma assistência básica integral, contínua e organizada, identificando os problemas que podem afetar o bom atendimento, manter parceria muito estreita com a prefeitura e com o governo, também nas comunidades contar sempre com ajuda das escolas, creches, igrejas e líderes das comunidades, fazer atividades de prevenção e promoção de saúde relacionada com a rede cegonha, a saúde da criança, a saúde bucal, as doenças crônicas e com os idosos. Nas áreas descobertas visitadas é oferecido este tipo de atividades de grupos. Acho muito necessário aumentar as informações e a sinalização adequada aos usuários com dificuldades auditivas, visual, motoras e outras, mas eles na unidade de saúde sempre recebem ajuda dos funcionários da UBS, já que não cotamos com cadeira de rodas para facilitar sua locomoção.

Existem dificuldades com alguns equipamentos e instrumentos de uso gerais, tais como oftalmoscópio, otoscópio. Nós temos dificuldades com abastecimento e reposição de materiais e insumos, a disponibilidade de medicamentos das doenças crônicas, analgésico, anti-inflamatório, analgésicos, fitoterápicos e homeopáticos é inadequada, além dos complementares, temos disponibilidades do serviço hospitalar e pronto socorro municipal, mas a maior parte das vezes não tem leito para internação, eu acho que tem que dar mais prioridade as gestantes quando se desenvolvem estas ações. Outra dificuldade é a comunicação, pois só contávamos com um computador, agora tem dois, mas não tem telefone, não tem câmeras, impressoras, não temos prontuário eletrônico.

Os ACS não têm meios para o trabalho nas comunidades, não tem suficiente materiais e equipamentos para a realização das atividades, agora receberam uma nova balança, principalmente, canetas, mochilas e uniforme. Outra questão é que a disponibilidade dos meios de atualização, livros e protocolos, é muito baixa.

Nas prioridades e possibilidades de enfrentamento e governabilidade sobre as dificuldades e limitações observadas acredito que nosso trabalho deve ser melhor cada dia e sempre em equipe. Com ajuda das igrejas, nas comunidades, escolas, creches e unidade de saúde, fazer diferentes atividades de prevenção e promoção

de saúde. Os agentes de saúde devem continuar coletando os dados necessários para um bom funcionamento da equipe, além das visitas domiciliares que agora são feitas com mais periodicidade em companhia da médica, oferecer diferentes palestras, dando prioridades às gestantes, crianças, idosos, acamados, quando temos disponível um carro, fazemos avaliação de um maior número possível de pessoas, sobretudo os incapacitados. Priorizando a saúde bucal, já que não contamos com este serviço. Ante as dificuldades com realização de exame e atendimento especializado se impõe uma maior preparação médica por parte nossa fazendo uso do método clínico através de um bom interrogatório e exame físico do usuário, para obter um diagnóstico mais preciso de sua doença.

Em relação às atribuições dos profissionais, eles participam ativamente no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, realizando identificação de grupos expostos a riscos, assim como as famílias, indivíduos, grupos de agravos (HAS, Diabetes, Hanseníases), sinalização dos equipamentos sociais (Igrejas, escolas, comércios locais), sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, associação de moradores).

Na UBS existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar, as atividades e procedimentos que os profissionais realizam no domicílio são: curativo, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde), medir a pressão, consulta médica e de enfermagem, com apoio do NASF, entrega de medicamentos, medicação oral e injetável, vacinação, trocar sonda e avaliação puerperal. Utilizamos protocolos quando encaminhamos os usuários a outros níveis do sistema de saúde, além do acompanhamento ao usuário em situações de internação domiciliar. Fazemos a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis e a busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória é feita pela médica, enfermeira e agente comunitário de saúde.

Também realizamos atividades de grupo na UBS com Idosos, Adolescentes, Aleitamento materno, Capacitação para o trabalho, Combate ao tabagismo, Diabéticos, Hipertensos, Planejamento familiar, Portadores de doenças mentais, Pré-natal, Prevenção do câncer do colo do útero, Puericultura, Saúde da mulher, Saúde bucal. Os profissionais na UBS promovem a participação da comunidade no controle social, identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações Inter setoriais com a equipe, atividades de qualificação profissional, atividades de qualificação da atenção à saúde, qualificação para o

fortalecimento do controle social, o foco da maioria das atividades de qualificação para o fortalecimento do controle social, atualização e transformação das práticas.

As reuniões de equipe são feitas mensalmente, mas a periodicidade pode ser mais curta, segundo o processo do trabalho na comunidade, sempre ficamos juntos nas visitas domiciliares,

Minha UBS tem 9 ACS para uma população de aproximadamente 4.715 pessoas e uma média de quase 550 pessoas por ACS. O número de crianças menores de 1 ano é 21, o qual não se corresponde com as estimativas encontradas no Caderno das Ações Programáticas que é de 71 crianças, igual acontece com o número de gestantes que não parece de acordo ao número estimado, de quase 70 gestantes, por 29 na realidade de minha UBS. Acho que a distribuição por sexo e faixa etária de nossa UBS parece de acordo na distribuição brasileira, com aumento cada vez maior da população maior de 60 anos. Os ACS e equipe de saúde tem que seguir trabalhando em nossa população adstrita para ter um cadastro mais próximo da realidade da área, coletando dados da população, grupos e faixas etárias, gestantes, HAS, DM, acamados.

O acolhimento é feito na sala de recepção pela recepcionista, técnica de enfermagem, assistentes sociais em maior medida, mas também participam o médico, enfermeira e outros funcionários da unidade de saúde, o atendimento é feito todos os dias e o acolhimento de manhã e de tarde, todos os usuários que chegam a UBS têm suas necessidades escutadas, mais ou menos em 10 e 15 minutos. A equipe conhece e utiliza a avaliação de risco biológico e vulnerabilidade social para definir de forma correta o encaminhamento dos usuários, segundo sua queixa, doença, grupo etário, onde tem prioridade idosos, incapacitados, crianças e gestantes, e muito mais quando tem algum problema de saúde agudo.

Em relação à demanda do usuário por atendimento para problemas de saúde agudos, a mesma se cumpre pela médica ou enfermeira e demais funcionários da unidade de saúde, sempre mantemos comunicação e contato com o funcionário da unidade de saúde sobre o atendimento a demanda por problemas de saúde agudo no menor tempo possível para todos os usuários residentes ou não da área da cobertura da UBS, onde se oferece atendimento imediato prioritário pela médica ou enfermeira. Temos uma dificuldade para atendimento odontológico especializado, serviço de próteses dentária em nossa UBS por não ter Equipe de Saúde Bucal, quando o usuário requer esses serviços, é encaminhado para outras unidades,

resumindo se oferece acolhimento, mas tem que ser encaminhado para outra UBS para receber atendimento adequado e nem sempre pode ser no dia se tem algum problema agudo.

O médico e a enfermeira agendam o trabalho de acordo com o número de consultas onde deve ser reservado algum horário para acolhimento espontâneo. O planejamento e organização são muito importantes, assim como o esforço para diminuir o tempo de espera individual, há necessidade de haver mais conversa entre trabalhadores e usuários sobre o modo de funcionamento da unidade, em diferentes momentos tais como nas consultas, na sala de espera, visitas domiciliares, nos grupos, palestras, também é referida a carta dos direitos dos usuários, engajamento público, em muitas ocasiões os usuários protestam quando damos atendimento prioritário. Devemos dialogar com todos os profissionais que atuam na unidade de saúde e com o conjunto dos usuários sobre as resistências ao acolhimento, seja para agregar pessoas inicialmente reticentes, para reconhecer limites no modo de implementar o acolhimento ou para se fortalecer a proposta diante da maioria que passa a ter um acesso mais democratizado e justo ao Serviço.

O atendimento de puericultura é feito a crianças de 0 a 72 meses, em maiores prioridades até 12 meses, tem um dia fixo, mas são avaliados sempre que cheguem à consulta. Do atendimento da puericultura participa médica, enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem, ACS. Após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a data da próxima consulta agendada. Além de oferecer atendimento no dia às crianças com problemas de saúde agudo, ainda tendo as crianças de outras áreas que fazem a puericultura ali, não temos excesso de demanda por consultas. Os protocolos para o atendimento de puericultura são utilizados pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem, são desenvolvidas diferentes ações no cuidado da criança como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, Imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, teste do pezinho, promoção da saúde mental. É utilizada pelos profissionais uma classificação para identificar crianças com alto risco e para regular o acesso a outros níveis de saúde. Os registros dos atendimentos das crianças são feitos nos prontuários clínicos, os profissionais solicitam caderneta da criança sempre e preenchemos informações atuais das crianças, conversamos e damos orientações sobre diferentes temas, como aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, alimentação saudável,

desenvolvimento psicomotor e crescimento, situação das vacinas e próximas avaliações ou atendimentos. Realizam-se atividades com grupo de mães das crianças, eles são realizados nos diferentes âmbitos das comunidades, escola, igreja, na própria UBS, vivendas, em meu caso os ACS trazem as mães com suas crianças que correspondem, mas geralmente estas são feitas em uma creche localizada no quintal da UBS. Na sala de recepção dos usuários, no dia marcado para saúde da criança a equipe oferece palestra sobre os diferentes temas de interesse das crianças, nestas atividades participam médica, enfermeira, agentes de saúde comunitários, técnica de enfermagem e contamos com o apoio do NASF. Temos planejamento, gestão e coordenação do programa de puericulturas e se faz uma avaliação, o qual é levado pela enfermeira e médica e com ajuda de toda a equipe da saúde fazemos reuniões mensais e planejamos o trabalho.

De acordo com o caderno das Ações Programáticas e depois de preencher os questionários de saúde das crianças nós temos só 21 lactantes em controle pela equipe da UBS (39% de cobertura). Ainda temos alguns que procuram atendimento de outras áreas, mas temos que procurar que todos os lactantes com suas mães compareçam à consulta. Os indicadores de qualidade estão quase todos em 100%. O maior número possível tem consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, a primeira consulta é feita nos primeiros 7 dias em uma visita domiciliar e se agenda atendimento aos 30 dias, o teste do pezinho até sete dias, triagem auditiva, monitoramento do crescimento, desenvolvimento, orientações para aleitamento materno exclusivo, vacinas em dia segundo idade, prevenção de acidentes, as fontes de dados para preencher as informações dos Cadernos das Ações Programáticas foram prontuários, cadernetas das crianças, registro de vacinas. A principal dificuldade que temos é com avaliação da saúde bucal, pois não contamos com o serviço de odontologia e as mães menos responsáveis não acessam aos lugares onde se faz este atendimento, só 19 (68%) menores de um ano fazem controle.

Ainda temos que procurar que todos os lactantes sejam trazidos pelas mães à consulta, nem sempre as mães comparecem em tempo adequado para avaliação das crianças, mas os ACS estão trabalhando para alcançá-lo, no período pré-natal temos que conseguir com as atividades deste grupo que uma vez que chegue a criança elas cumpram com isso. Não temos pediatra que monitore e avalie este programa, mas os casos são encaminhados a unidade de atendimento das crianças

com problema de saúde agudo ou mais complexos que não tenha solução na unidade de saúde. Nós temos que melhorar nosso trabalho ainda, eu acho que todos devem juntar-se mais e coordenar ou planejar ações para lograr isso, os ACS têm que dar prioridade aos programas que o ministério de saúde cria com estes fins, e as atividades de promoções de saúde nas comunidades devem ser dirigidas para cumprir com os objetivos da puericultura, que são a redução da morbimortalidade infantil e a potencialização do desenvolvimento da criança. A taxa de mortalidade infantil, graças a diferentes ações, diminuiu. Ainda a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Muitos foram os programas e políticas criadas, mas ainda falta muito por fazer para alcançar as metas.

O atendimento pré-natal é feito uma vez por semana, em um turno do atendimento, existem 3 gestantes fora de área que fazem pré-natal ali (15%), este atendimento é feito pela médica e pela enfermeira, além dos profissionais do NASF que participam das atividades coletivas. As gestantes saem da UBS com a próxima consulta agendada e existe demanda de gestantes com problemas de saúde além das consultas agendadas, as quais são atendidas no momento, não temos atendimento de profissionais de outros níveis, não tem obstetra, as gestantes são encaminhadas para atendimento nas especialidades, internação hospitalar e para atendimento em pronto-socorro.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e formulário especial do pré-natal, existem arquivos específicos para os registros dos atendimentos as gestantes e são revisados pela médica, enfermeira e atendente administrativo, mensalmente com a finalidade de verificar as gestantes faltosas e verificar incompletudes do registro. As carteiras de pré-natal são solicitadas sempre que a gestante tem atendimento, são preenchidas as informações atuais, além de conversar com elas sobre as dicas de alimentação saudável, posicionamento do peso na curva de ganho de peso, chamam atenção para a data da próxima vacina, recomendam avaliação de saúde bucal, as práticas de promoção de aleitamento materno, os cuidados com o recém-nascido, a promoção da atividade física, os riscos do tabagismo, do álcool, das drogas, anticoncepção no pós-parto, e reviza o puerperal até os 7 dias e entre 30 e 42 dias de pós-parto.

Em minha UBS existe o Programa SISPRENATAL do Ministério de Saúde, no qual são responsáveis pelo cadastramento das gestantes a enfermeira e a médica,

também para o envio do cadastro a Secretaria Municipal de Saúde, a equipe de saúde realiza atividades a grupo de gestante, no âmbito da UBS, em igreja e outros espaços comunitários, uma vez ao mês, das gestantes atendidas 99% participam, dirigida pela médica, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta e ACS, os que também planejam, gestam e coordenam nestas, além de ser avaliada e monitorizada pela médica e enfermeira, produzem relatório com os resultados encontrados.

No puerpério, nós tomamos como estratégia visitar as gestantes que não fazem pré-natal na UBS, e através do ACS conhecer quando acontece o parto e fazemos a visita à puérpera nos primeiros 7 dias, damos orientações e agendamos próximo atendimento entre os 30 e 42 dias de pós-parto. Temos dificuldades com avaliação de algumas gestantes, sobretudo quando tem problemas agudos de saúde. Pelo déficit de médico ou déficit de leito obstétrico hospitalar, demora em poder fazer exames de ultrassonografia. No momento do parto em muitas ocasiões as gestantes são devolvidas a sua Casa e não são recebidas pelo profissional no momento adequado, o qual pode trazer risco para a mãe e futura criança. O trabalho do ACS é muito importante para a coleta dos dados, sobretudo o que acontece em suas comunidades com as gestantes e puérperas, por isso, se impõe continuar nosso trabalho. A REDE CEGONHA tem como finalidade a estrutura e organização da atenção à saúde materno-infantil que será implantada gradativamente em todo o país, além disso, tem como princípios a humanização do parto e do nascimento, a organização dos serviços enquanto uma rede de atenção em saúde, acolhimento da gestante do bebe de risco em todos os pontos de atenção, vinculação da gestante a maternidade, gestante não peregrina, e a realização de exames de rotina em tempo oportuno. Isso não tem complemento em minha UBS, as gestantes não conhecem onde vai acontecer o parto, quando são avaliadas de risco médio ou alto não são atendidas e ficam de um lado para outro, mas os exames da primeira consulta são muito demorados, nós trabalhamos para melhorar a atenção pré-natal, só que o ministério de saúde tem que encaminhar seus esforços a estabelecer em todo o país a Rede Cegonha, com a finalidade de baixar as taxas de mortalidade materno-infantil, eu acho que com nosso trabalho e a colaboração da equipe a atenção pré-natal na atenção primária vai dar certo no Brasil.

Olhando o Caderno de Ações Programáticas, temos 29 gestantes que fazem pré-natal na UBS, representando 27% de cobertura. Os indicadores de qualidade da atenção das gestantes e Puérperas avaliadas indicam que 21 das gestantes

iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e estão com as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde. Todas as gestantes (100%) tiveram a solicitação de exames laboratoriais na primeira consulta, todas têm as vacinas atualizadas, têm exames de saúde bucal e ginecológico, indicação de sulfato ferroso e orientação de aleitamento materno. Eu acho que se começam a olhar os resultados de nosso trabalho, neste aspecto de saúde. No puerpério tem feitas 48 consultas às puérperas (68% de cobertura) porque ainda as que não fazem pré-natal em na UBS são feitas as visitas domiciliares nos primeiros 7 dias. Todas (100%) têm consultas puerperal registrada entre os 30 e 42 dias, tiveram orientações sobre aleitamento materno, cuidados do recém-nascido e planejamento familiar, fizeram exames de mama e abdômen, avaliação do estado psíquico. Nas puérperas o trabalho tem mais resultados, eu acho que depois do parto elas têm mais preocupação pela saúde do bebê, dela e a preocupação de não engravidar.

Em relação ao controle de câncer uterino e do câncer de mama são realizadas ações para estimular a prática de exercícios físicos para o controle do peso corporal das mulheres e orientar sobre os malefícios do consumo de álcool, educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, é realizado rastreamento do câncer de mama (exame clínico de mamas e/ou solicitação de mamografia, realiza-se rastreamento do câncer de mama só 2 dias da semana pela enfermeira, e em todos os momentos pela médica, aproveitamos os contatos com as usuárias nos diferentes grupos e ambientes onde fique a mulher para educar e verificar a necessidade de realizar ações para o diagnóstico precoce do câncer de mama que constituem a segunda causa de morte no Brasil. O Rastreamento oportuníssimo é feito em usuárias que comparecem a consulta por outras causas e o rastreamento organizado é feito naquelas mulheres que são convidadas pelos profissionais da saúde para realizar esta ação nos dois turnos programados, a médica e a enfermeira juntas avaliam os fatores de risco do câncer de mama em 100% das mulheres atendidas, nos últimos 3 anos e que foram identificadas com mamografia alterada são 9, que representam 5% da quantidade de mulheres acompanhadas, segundo o cadernos das ações programáticas, e todas foram acompanhadas segundo protocolo do ministério de saúde de 2013.

Já que se encontra registradas no Livro de registro e Prontuário clínico, este arquivo específico é revisado pela enfermeira e pela médica mensalmente para gestar, coordenar e planejar as próximas ações e fazer relatório com os resultados

encontrados, e verificar mulheres com exame de rotina em atraso, acompanhar mulheres com exame alterado, verificar incompletudes de registro, e avaliar a qualidade do programa. O controle do câncer de mama é feito em minha UBS com muito profissionalismo por toda a equipe, já que é uma das principais causas de óbito, se precisa ter em conta fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama: envelhecimento, história familiar de câncer de mama, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação.

De acordo com o caderno das ações programáticas de um total de 354 mulheres entre 50 e 69 anos da área de abrangência, só 171 (48%) são acompanhadas na UBS. Todas elas têm mamografia em e só 9 (5%) com mais de 3 meses de atraso, 100% delas com a avaliação do risco e a orientação sobre prevenção. A mamografia bienal é muito importante para as mulheres entre 50 e 69 anos, além do exame e autoexame da mama anualmente a partir dos 40 anos como estratégia principal para a detecção precoce do câncer, no caso das mulheres com risco elevado tem que fazer duas ações depois dos 35 anos. Temos que promover e divulgar os principais fatores de risco, sintomas e sinais mais frequentes e fazer um diagnóstico certo e oportuno o mais precoce possível para a cura após o tratamento. Em minha UBS se trabalha no programa de prevenção e promoção do câncer de mama, proporcionando o autoexame de mama e nos autopreparando mais para fazer um melhor trabalho.

Em relação ao Câncer de colo uterino, em minha UBS levamos o programa em equipe, iniciamos com a educação a toda a população feminina para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, se realiza ações para eliminar o uso do tabagismo e se orienta sobre os malefícios que este provoca à saúde, orientamos sobre a importância que tem a realização de forma periódica através da coleta de exame citopatológico e são convidadas para fazer quinta-feira pela tarde e sexta pela manhã é feita pela enfermeira, quando vamos as visitas domiciliares e através dos ACS, além de aproveitar os contatos com as mulheres para verificar a necessidades de fazer prevenção pela médica e enfermeira. Em minha UBS se faz rastreamento organizado pelo protocolo de prevenção do câncer do colo uterino criado pelo ministério de saúde e mais recomendado, e avaliamos os fatores de risco em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico, nos últimos 3 anos só 2 mulheres foram diagnosticadas com adenocarcinoma *in situ* e foram acompanhadas de acordo o protocolo. Os atendimentos das mulheres que realizam

coleta de exame citopatológico são registrados no livro de registro e prontuário clínico, nestes registros são revisados periodicamente pela médica e pela enfermeira com a finalidade de verificar mulheres com atraso em exame de rotina, além de exames alterados com atraso e a completude de registro.

Nós temos 10 grupos de mulheres por mês em minha UBS que realizam atividades físicas orientadas pelo educador físico e com a participação da médica, enfermeira e técnico de enfermagem, os quais verificam PA e supervisionam esta atividade que é feita em uma igreja que fica no quintal da UBS, além de outras atividades na escola, praça, o grupo é muito numeroso e eu acho que ainda pode ser maior, quanto mais enfocarmos nosso trabalho a continuar melhorando a qualidade de vida da população feminina, com a participação de toda a equipe e principalmente dos ACS. O planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino são realizados pela médica e enfermeira com ajuda dos ACS, realizamos reuniões mensais e utilizamos como fontes de dados os prontuários clínicos e o livro de registro, para fazer relatório dos resultados.

Pelo caderno das ações programáticas de um total 1.140 mulheres com idade entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência, só 354 (31%) são acompanhadas na UBS. Entre elas 333 (94%) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, somente 11 (3%) estão com atraso de mais de 6 meses e 7 (1,9%) tem exames alterados. Todas as mulheres tem realizada a avaliação de risco, receberam orientação sobre prevenção do câncer de colo de útero e DST, e todas tiveram as coletas com amostra satisfatória. Com exames coletados com células representativas da função escamo colunar só uma. Muitas são as ações que fazemos para levar adiante este programa: a campanha de vacina contra HPV a meninas de 11 a 14 anos e na escola, a promoção do uso da camisinha em todos os ambientes da UBS, oferecemos palestras, temos um grupo de adolescente criado na igreja pelos ACS muito numeroso e todos os sábados fazemos atividades e fundamentalmente sobre DST, e ainda falta muito por fazer. Com a importância destes dois programas do câncer de mama e de colo de útero temos que extremar as ações para melhorar estes índices.

Em relação à Atenção ao Hipertenso e/ou Diabético: são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, prática das atividades físicas e se orienta sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e

o tabagismo. Para o DANT, como se chama o programa, se faz atendimento médico destes grupos uma vez por semana tanto pela médica e como pela enfermeira, além de pesquisar todos os dias no acolhimento dos usuários, onde participam outros profissionais da equipe como atendente e técnica de enfermagem, os integrantes do NASF, nutricionista e educador físico, de ali saem agendados para sua próxima consulta, segundo protocolo do Ministério de Saúde de 2013. Existe demanda de usuários com problemas de saúde agudos por estas doenças, pois os usuários abandonam o tratamento com frequência. Desenvolvem-se ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, de saúde mental, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo, além da classificação para estratificar o risco cardiovascular, se utilizam protocolos de encaminhamentos para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, e para serviços de pronto atendimento, são registrados no prontuário clínico, se realizam atividades de grupos com uma média de 10 no âmbito da igreja, onde o educador físico tem planejada suas atividades, se oferecem palestras, também são feitas atividades iguais a esta no âmbito da UBS e em outros espaços da comunidade. Os profissionais que participam deste programa realizam reuniões mensais para o planejamento, gestão e coordenação das atividades dos grupos, para avaliação e monitoramento das ações dispensadas e coletam dados dos prontuários clínicos e fazem reuniões mensais onde também participam os integrantes do NASF.

Em minha UBS a HAS é uma condição prevalente, que contribui para as complicações cardiovasculares, renais, cerebrais, que provocam incapacidades e morte em idades muito tenras de sua vida, por isso que a pesquisa ativa das cifras de Pressão Arterial a todo usuário que acessa à UBS para atendimento médico é prioridade para a equipe de trabalho que realiza o acolhimento. Além dos usuários que são portadores de Diabetes Mellitus que geralmente padecem também de HAS se faz o teste de glicoses aos usuários que se suspeite da doença e junto a medida do peso e da circunferência abdominal para avaliação do risco cardiovascular.

De acordo com o Caderno das Ações Programáticas, depois de dar resposta ao questionário sobre atenção aos grupos de hipertenso e/ou ao diabético, observa-se que tem uma população de Diabéticos de 196 usuários cadastrados, representando 73% de cobertura em relação à população estimada. Entre esses, 133 (68%) tem avaliação do risco cardiovascular, receberam orientação para a prática de atividades físicas e uma alimentação saudável. Só 72 (37%), segundo o

prontuário, tem exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial e pedioso, e medida da sensibilidade é encontramos nos últimos 3 meses. Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias são 27 (14%). Apenas 21 (11%) estão com avaliação de saúde bucal em dia. Em relação à HAS temos cadastrada uma população de 562 usuários, o que representa uma cobertura de 59% em relação à estimativa. Desses, 408 (73%) tem avaliação do risco cardiovascular, 89 (16%) estão com atraso em consulta em mais de 7 dias, 266 (47%) estão com os exames complementares periódicos em dia. Todos os 562 usuários (100%) têm orientações sobre a prática das atividades físicas e alimentação saudável. A avaliação da saúde bucal é péssima, pois não contamos com serviço de odontologia, somente 73 (13%) está com a avaliação de saúde bucal em dia. Eu acho que isto é um problema muito grande para a população.

Em conjunto com os ACS e nossa equipe de trabalho, já temos um programa de atividades educativas encaminhadas a oferecer e compartilhar conhecimentos com nossa população alvo nas zonas mais longas, em lugares mais próximo aos domicílios dos usuários e desenvolver ações para continuar as pesquisas para o diagnóstico precoce das mesmas. Oferecemos atendimentos em locais improvisados e fazemos visitas domiciliares todas as tardes para os usuários que não acessam à UBS. Ainda temos muito que fazer na comunidade, além dos 10 grupos mensais, as visitas domiciliares todas as tardes de segunda a quinta, continuar trabalhando no cadastro.

O atendimento de idosos acontece todos os dias da semana e participam a médica e a enfermeira. Após a consulta, o idoso sai da UBS com a próxima consulta agendada, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos. Existe protocolo de atendimento para idosos na UBS atualizado pelo Ministério de Saúde, utilizado pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem. Ações que são desenvolvidas no cuidado aos idosos: Imunizações, Promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental. Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, saúde mental, do alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Os profissionais de saúde utilizam protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar. Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, não temos ainda arquivo específico para os registros dos atendimentos dos

idosos. A Avaliação Geriátrica Global ou Avaliação Geriátrica Ampla ou Avaliação Multidimensional Rápida da pessoa idosa é feita sempre na UBS, se explica ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão, os profissionais de saúde da UBS solicitam a caderneta de saúde e preenchem com as informações atuais do idoso. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de idosos e são realizadas em diferentes âmbitos: igrejas, UBS, associação de bairro/comunitária. Eu acho que este programa de atenção do idoso tem muitos êxitos em minha UBS, pois a participação das atividades é muito grande na prática das atividades físicas, além das palestras e outras atividades como promoção são feitas uma média de 10 reuniões de grupo ou mais por mês, além de que foi feito o cadastro novamente dos usuários acamados que precisam das visitas domiciliares e dos cuidados. Nós fazemos planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos, com frequência mensal. As fontes de dados utilizados pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos foram SIAB, Prontuário clínico e DANT, e se faz relatório quinzenal com os dados da caderneta da pessoa idosa e dos prontuários.

Também foi possível preencher o Caderno das Ações Programáticas e conhecer o número de idosos, de uma estimativa de 501, temos cadastrados 490 (98%). Entre eles 317 (65%) são hipertensos e 97 (20%) diabéticos. Todos os idosos acompanhados (100%) possuem a caderneta da pessoa idosa, tem realizada a Avaliação Multidimensional Rápida, estão com acompanhamento em dia, tem avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular. Somente 83 usuários (17%) tem a avaliação de saúde bucal em dia, pois não contamos com Equipe de Saúde Bucal na UBS.

É muito importante cumprir com as diretrizes como: promoções do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada a saúde da pessoa idosa, atenção domiciliar, acolhimento preferencial em unidades de saúde, participação social, identificar os fatores de risco de doenças e agravos, envolver a família e a comunidade no processo do cuidado, avaliar a saúde dos idosos de forma multidimensional, levando-se em conta o bem estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar, conhecer mobilidade,

independência, dependência, autonomia, capacidade funcional, avaliação funcional, o cadastro dos idosos e a caderneta com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa para melhorar acompanhamento por parte dos profissionais de saúde deste grupo etário, informar sobre existência dos serviços, orientar o idoso sobre a importância da consulta médica para detectar precocemente os problemas de saúde, além de programar visitas domiciliares e agendar a próxima consulta, o uso dos medicamentos, agendar ações, encaminhar se for necessário, avaliação da saúde bucal, orientar e encaminhar para as atividades de outros serviços da comunidades, imunizações, agendar os retornos de acordo com a necessidade do caso, priorizando sempre os idosos em maior situação de risco social, oferecer consulta médica, diagnóstico, tratamento, orientações diversas, solicitação de exames complementares, detectar grau de incapacidade, trabalho em equipe de saúde e parceria com o NASF, onde temos fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, a maior dificuldade é que não temos serviço odontológico, isso se converte nas principais dificuldades do programa. Temos que orientar aos idosos e família em geral na prevenção de queda, administração errada dos medicamentos, dieta saudável e a prática de exercício físico, sempre com orientação de um profissional, temos um professor de atividade física que tem muito resultado em seu trabalho, já que o grupo é muito grande e falam como tem melhora do equilíbrio e o movimento das articulações e fortalece a musculatura, principalmente das pernas, diminuindo o risco de quedas. Cumprir com a linha de cuidado dos idosos com ações como: atenção domiciliar, reabilitação, prevenção secundária, promoção, prevenção, atenção básica e suporte social. Essas ações são importantes e constituem a promoção de saúde com a finalidade de conseguir-se uma máxima expectativa de vida ativa, na comunidade junto a sua família, com altos níveis de função e autonomia.

Acho que ainda faltam muitas coisas por fazer, a realidade atual é muito diferente, mas temos que continuar trabalhando com base a uma maior educação para a prevenção de muitas doenças e um maior conhecimento, nas visitas domiciliar, palestras. Também a leitura e reflexão sobre cada princípio e o desenvolvimento de repostas para alguns problemas na UBS, prioridade de atendimento àqueles que se encontram em situação de dor e sofrimento, gestantes, crianças doentes, fazer valer o sistema de referência e contra referência e maior apoio do governo para mais acessos da população mais carente aos serviços de

saúde públicos, melhora das condições da UBS, disponibilidade rápida de exame, medicamentos e avaliação dos especialistas, colocar um maior número de leitos hospitalares, com um objetivo muito importante para oferecer atenção adequada ao usuário. Em minha UBS fazemos o trabalho em equipe para oferecer atenção adequada aos usuários. O sonho de cumprir 100% o princípio dos SUS para os usuários pode ser possível, mas é muito importante contar com ajuda dos governos, empresas e povo.

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

Fazendo uma comparação durante este período, estamos impressionados com as realizações de hoje, pois notamos muitos avanços na forma do processo e organização do trabalho com ajuda da equipe saúde. Temos feito quase todos os arquivos específicos, impressiona a qualidade dos dados coletados pelos ACS, agora tem dados atualizados das diferentes faixas etárias e principais doenças crônicas, mulheres com rastreamentos de câncer de mama e colo de útero, a busca da carteirinha dos usuários que assegura assistência rápida aos serviços da unidade de saúde, todo o qual garantirá o melhor trabalho na UBS. Fazemos reuniões com maior qualidade, levantando os principais problemas, onde são discutidos e fazemos busca de possíveis soluções para assumir os mesmos, maiores usos dos prontuários, maiores números de visitas domiciliares nas segundas, terças, e quintas-feiras pela tarde e quartas-feiras pela manhã, e atividades de promoção e prevenção da saúde, muita participação das comunidades nas mesmas e apoio dos diferentes funcionários da UBS e do NASF.

Continuamos com dificuldades na UBS, como não ter serviço da saúde bucal, déficit de algum dos medicamentos e equipamentos, agora temos 3 nebulizadores, os curativos são feitos em domicílio dos usuários, a qualidade das visitas domiciliares tem melhorado e muito, se recuperam os faltosos, o número de usuários que não tinham feita a prevenção está recuperando-se, temos avanços nos exame de sangue, são feitos em menos de 15 dias, ainda não temos referência e a conta referência que precisamos dos outros níveis. Resumindo, as reuniões de equipe aumentaram sua periodicidade, aumentaram os grupos de hipertensos, diabéticos e idosos a uma média de 10 a 12 por mês na prática das atividades físicas e de grupos, foram feitos os registros de gestantes, hipertensos, diabéticos,

mamografias, ppccu, usuários de psicofarmacos, crianças menores de um ano, a coleta de dados está tendo muito êxito. Enfim, são muitas as coisas postas em prática depois dos questionários.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

Meu projeto de intervenção está focado na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, pois eu gosto de trabalhar com usuários com estas doenças, além disso, têm uma alta incidência e prevalência na população e provocam muitas complicações que podem chegar à invalidez e morte. A população em geral não tem ainda certeza do perigo real das complicações e sequelas que podem atingir aos usuários e os múltiplos fatores de risco que a ESF em parceria com os usuários e comunidades podem eliminar e com isso aumentar a esperança de vida da população em geral. É preciso identificar um maior número de usuário com estas doenças e trabalhar nos fatores de risco desta para demorar sua aparição, se impõe maior número de atividades de prevenção e promoção da saúde. A atenção aos usuários hipertensos e diabéticos é muito importante no elenco das ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira. (BRASIL, 2013a; 2013b.)

Minha UBS, Esperança 3, módulo 5, está localizada no Bairro Ceara, município da Parnaíba do estado do Piauí. É uma Unidade Básica de Saúde tradicional, com uma população de 4.715 pessoas, com equipe de saúde da família, composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma estatística, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços geral e 9 Agentes Comunitários de saúde. Possui 3 micros áreas que ainda estão descobertas, tem apoio do NASF (Núcleo de Apoio a saúde da Família) com os seguintes profissionais: Psicólogo, Nutricionista, e profissionais de Educação Física. Tem uma recepção/arquivo de prontuário, tem uma sala de espera onde só podem ficar menos

de 15 pessoas, um consultório médico sem sanitário, sala de enfermagem, sala de vacina, uma sala de curativos e outra de procedimentos.

Estão cadastrados na UBS 196 usuários diabéticos, o que representa uma cobertura de 73% em relação ao número estimado pelo Caderno de Ações Programáticas. Entre os usuários atendidos, 133 (68%) possuem avaliação do risco cardiovascular, também 133 diabéticos receberam orientação para a prática de atividades físicas e uma alimentação saudável, só 72 (37%), segundo prontuário, tem exames físico dos pés e com palpação dos pulsos tibial e pedioso realizados, além da medida da sensibilidade, e encontramos 27 (14%) usuários com atraso em consulta. Em relação à HAS temos cadastrados 562 usuários, representando 59% do estimado, deles 408 (73%) tem avaliação do risco cardiovascular realizada, 84 (16%) estão com atraso em consulta, 100% tem orientações sobre a prática das atividades físicas e alimentação saudável, a avaliação da saúde bucal é péssima, pois não contamos com serviço de odontologia e eu acho que isto é um problema muito grande para a população.

Nossa equipe de saúde traça estratégias para superar ou minimizar as deficiências que mais atrapalham ao desenvolvimento da equipe de saúde em relação à realização deste projeto, utilizamos outros espaços para fazer atividades de promoção de saúde, igrejas, creche (ambas ficam no quintal da UBS) e outros ambientes das comunidades, como escolas e praças. Ainda não temos cadastrados 100% dos grupos de hipertensos e diabéticos, pois temos 3 áreas descobertas, nas quais temos que fazer a coleta de dados entre todos os membros de equipe, e dar prioridade para as visitas domiciliares. É necessário continuar com os grupos, que realizam práticas de atividade físicas e vincular mais a comunidade com este projeto para lograr os objetivos e metas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes na UBS de Esperança III, Parnaíba/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área.

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

Meta 1.2- Cadastrar 80% 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 de atenção a diabético e hipertenso em nossa UBS.

Meta 2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

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

Meta 2.7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.8- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos 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 as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.

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 diabéticos e hipertensos de risco para doença cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos na unidade de saúde.

Meta 6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários diabéticos na unidade de saúde

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

Meta 6.4- Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% usuários diabéticos.

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

Meta 6.6-Garantir orientação sobre os riscos do tabaquismo a 100%dos diabéticos.

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

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

2.3 Metodologia

Inicialmente foi realizada uma análise situacional das ações programáticas e do serviço prestado pela UBS Esperança III, para isso foi utilizado o Caderno de Ações Programáticas, o qual gerou as estimativas utilizadas. De posse das

informações e dados podemos analisar áreas programáticas que necessitam de intervenção. No presente trabalho, nosso foco de ação será a atenção aos usuários com diabetes ou hipertensão arterial e para aprimorar esta ação programática adotamos ações com detalhamento. A população alvo da intervenção são usuários hipertensos (562) e diabéticos (196), acima de 20 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações referentes ao 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 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento do número de usuários cadastrados no programa será realizado em reuniões semanais com a enfermeira e a médica. A manutenção destes dados será garantida por meio das visitas domiciliares pelos agentes comunitárias e a atualização da ficha de cadastramento por qualquer profissional da equipe. A avaliação e monitoramento destes dados serão realizados com o uso da ficha espelho, individual e de acompanhamento, disponibilizada pelo curso, preenchimento da planilha de coleta de dados, também disponibilizada pelo curso e registro específico em prontuário clínico.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanómetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registo dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O cadastramento dos usuários diabéticos e hipertensos será realizado em visitas domiciliares, através de busca ativa dos agentes comunitários de saúde ou por livre demanda. Qualquer usuário diabético ou hipertenso poderá ser cadastrado e através do cadastro participar ativamente do grupo de saúde específico para suas morbididades. O responsável por garantir esse material será a Secretaria Municipal de Saúde.

Ações do 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 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Através das visitas domiciliares e das consultas a comunidade será orientada sobre a importância do acompanhamento de usuários diabéticos e hipertensos bem como da existência do grupo de saúde que acompanha os mesmos. A comunidade também deve receber informações sobre rastreio de diabetes, a importância da aferição da pressão arterial em usuários adultos a fim de promover maior diagnóstico e início de tratamento correto destas doenças e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos 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.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: As capacitações ocorrerão na UBS no início da intervenção, também serão realizadas capacitações menores nas reuniões semanais de equipe.

Ações referentes ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção a diabético e hipertenso em nossa UBS.

METAS.

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

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

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/DANT.

Detalhamento: O monitoramento será realizado através da ficha espelho e do prontuário individual de todos os usuários, onde será avaliado o exame clínico correto, e exames laboratoriais, medicações que estão sendo utilizadas, bem como se estão utilizando medicamentos da farmácia popular básica.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Definir em reunião o papel de cada membro da equipe no acolhimento e atenção aos usuários diabético e hipertenso. Conscientizar todos integrantes da equipe sobre o protocolo de atendimento a estes usuários, isto será protocolado e organizado nas reuniões semanais que acontecem entre toda a equipe. Exames complementares, laboratoriais, devem ser solicitados pelo médico

para melhor acompanhamento. Estes exames devem ser realizados de maneira eficiente em conjunto com a secretaria municipal de saúde.

Avaliar medicações em uso através das fichas individuais espelhos de todos os usuários, a fim de avaliar suas medicações e de maneira mais apropriada manter as medicações que são disponíveis na rede básica de saúde.

Ações do eixo engajamento público:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto 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 usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/DANT e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Durante as consultas, visitas domiciliares e através de panfletos toda comunidade deve ser orientada e instruída sobre estas doenças, bem como seus fatores de risco e como preveni-las. É importante também orientar sobre exames complementares de rotina em consultas médicas, a fim de rastrear as doenças.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: Em capacitação na UBS realizaremos um treinamento com os profissionais seguindo os manuais e diretrizes do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes.

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

METAS.

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

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Através da avaliação da ficha espelho, trimestralmente, o médico e a enfermeira irão monitorar a periodicidade da consulta.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

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

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

Detalhamento: Toda equipe principalmente os ACS devem fazer busca ativa domiciliar aos usuários faltosos, a fim de orientá-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas/grupo de saúde.

Ações do 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 (se houver número excessivo de faltosos).

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

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

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

Detalhamento: Através das consultas e informes na UBS todos os usuários e a comunidade devem ser informados da importância da participação nos grupos de saúde e na realização de consultas periódicas. A comunidade também deve ser ouvida a fim de melhorar a relação da equipe com os usuários e assim melhorar a participação de todos nos grupos de saúde.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Toda equipe principalmente os ACS devem fazer busca ativa domiciliar a estes usuários faltosos a fim de orientá-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas/grupo de saúde. O treinamento dos agentes comunitários de saúde se dará pela equipe de enfermagem nas reuniões semanais onde serão esclarecidas dúvidas.

Ações referentes ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

METAS

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

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Através da ficha-espelho, que todos os usuários possuem, a médica e enfermeira verificarão o preenchimento e a qualidade das anotações, mensalmente.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento 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: Todos os usuários possuem uma ficha individual que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe de enfermagem a cada reunião do grupo de saúde. A ficha deve conter dados como exames complementares, medicações em uso, realização de estratificação de risco. Toda equipe deve estar consciente das informações ali preenchidas. Estas fichas serão organizadas e separadas dos outros prontuários para acesso mais fácil e mais fácil organização. A equipe de enfermagem manterá estas fichas atualizadas e organizadas. O SIAB será atualizado ao fim da intervenção a fim de avaliar quais usuários ainda não estão cadastrados e assim fazer seu cadastro correto.

Ações do eixo engajamento público:

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

Detalhamento: Toda comunidade deve ter acesso a sua ficha espelho bem como ao seu prontuário e estar de acordo e ciente de todas as informações ali contidas.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Em capacitação na UBS treinaremos os profissionais de saúde para registro adequado.

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

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

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

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

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

Detalhamento: Avaliar clinicamente o número de usuários diabéticos e hipertensos cadastrados com realização de estratificação de risco cardiovascular. A estratificação do risco cardiovascular será realizada por mim nas consultas em que todos os usuários passarão, através de seus exames laboratoriais poderemos avaliar este risco e preveni-lo.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Dar atenção especial aos usuários que receberam classificação de alto risco. Consultas pré-agendadas devem fazer parte deste grupo de usuários. Organizaremos as fichas espelhos dos usuários de alto risco identificando sua condição.

Ações do eixo engajamento público:

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

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

Detalhamento: Através das consultas, visitas domiciliares e informes na UBS orientarão aos usuários e comunidade sobre importância de acompanhamento correto bem como tratamento correto destas doenças. A população também deve ser orientada sobre fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, (em especial a avaliação dos pés para usuários diabéticos)
- 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: A equipe deve ter conhecimento de avaliação de risco cardiovascular bem como identificar lesões em órgão alvo, sabendo registrar de forma correta e orientando os usuários sobre a forma de prevenção de riscos modificáveis. As capacitações da equipe ocorrerão em reuniões semanais onde leremos juntos todos os manuais e diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo correto da doença. Assim também poderemos esclarecer nossas dúvidas durante a reunião.

Ações relativas ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS:

- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos

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

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

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Avaliar na ficha espelho individual e prontuário dos usuários sobre sua saúde bucal a fim de priorizar um melhor atendimento regular em saúde bucal. Toda equipe deve monitorar os usuários em relação à saúde bucal, orientações sobre atividades físicas e nutrição adequada bem como cessar o tabagismo. Toda equipe deve estar capacitada para este monitoramento será realizado semanalmente pela equipe de enfermagem e pelo médico.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para os usuários.

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para os usuários.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono" ao tabagismo.

Detalhamento: Manter adequado controle de agendamentos para consultas odontológicas em usuários diabéticos e hipertensos. Todo usuário deve ser avaliado, sob aspecto de saúde bucal. Todo usuário deve receber informação sobre forma de vida saudável para tanto palestras e debates sobre nutrição, tabagismo e prática de exercícios físicos deve ser preconizada. Solicitar ao NASF profissionais para nos ajudar nas áreas como nutrição, pois não dispomos de nutricionistas na unidade de saúde. Medicamentos para ajuda a cessar o tabagismo serão solicitadas também a Secretaria Municipal de Saúde para ajuda no combate ao cigarro.

Ações do eixo engajamento público:

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: A equipe e comunidade devem trabalhar juntas para que toda a população seja esclarecida sobre uma forma de vida mais saudável bem como uma forma de prevenir maiores riscos de desenvolver doenças crônicas. Para tanto devem ser realizadas palestras e debates envolvendo usuários e equipe para tirar suas dúvidas e dar mais esclarecimento sobre o assunto.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal dos usuários hipertensos.
- 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 para o tratamento dos usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Toda a equipe deve estar capacitada a repassar informações sobre forma de vida saudável e bem como prevenir riscos cardiovasculares e desenvolvimento de doenças crônicas a toda a população. Entre estes aspectos podemos citar a saúde bucal, alimentação adequada, prática de exercícios físicos e sobre cessar o tabagismo. A capacitação será feita da mesma maneira que nos outros eixos, durante a reunião semanal onde esclareceremos dúvidas e trocaremos informações sobre o assunto.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao Objetivo 1: ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área.

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

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

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 10% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Relativos ao Objetivo 2: melhorar a qualidade de atenção a diabético e hipertenso em nossa UBS.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.5 Proporções 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 cadastrados 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 Proporções 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 cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

Indicador 2.8 Proporções 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.

Relativos ao Objetivo 3: Melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos ao programa.

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

Indicador 3.1 Proporções 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 Proporções 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.

Relativos ao Objetivo 4: melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.

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

Indicador 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

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

Relativos ao Objetivo 5: mapear diabéticos e hipertensos 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 Proporções 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 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

Relativos ao Objetivo 6: promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporções de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporções de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37, Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013a e 2013b). Utilizaremos os prontuários, cartão do diabético ou hipertenso e a ficha-espelho. A ficha prevê a coleta de informação e dados relativos aos usuários. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, não vamos precisar de outra ficha para o trabalho. Estimamos alcançar com a intervenção 100% dos usuários com HAS ou DM. Haverá contato com o gestor municipal para dispor de fichas-espelho necessárias, e solicitaremos materiais para a verificação da pressão arterial e realização de teste de glicemia. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas os usuários que vieram a consulta para controle nos

últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso e exame em atrasos.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize estas referências na atenção deles. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário utilizado para reunião da equipe e isso acontecerá uma vez por mês

O Cadastro da população dos usuários com esta doença da área adstrita será realizado pela médica e enfermeira na consulta e em visita domiciliar, com ajuda dos agentes comunitários de saúde os quais realizarão busca ativa dos usuários faltosos a consulta. Realizar-se-á capacitação da toda a equipe sobre a periodicidade do seguimento dos usuários. O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com atraso em consulta serão atendidos no mesmo turno. Diabéticos ou Hipertensos com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Os usuários que vierem à consulta de controle sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas dos usuários com estas doenças não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas 6 consultas diárias sem afetar o atendimento programado.

Comunidade orientada sobre a periodicidade e a importância da realização de consultas exames clínicos e laboratoriais, disponibilidade de medicamentos, orientação nutricional adequada, atividade física, risco de tabagismo e higiene bucal. Faremos contato com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização de consulta, aferição da pressão arterial e glicemia. Solicitaremos apoio da comunidade para informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Vamos orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e

diabetes e informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Faremos contato com a associação de moradores, representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do mesmo para os usuários e comunidade em geral. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de um maior número de usuários com diabetes ou hipertensão e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Capacitamos a equipe e ACS para conhecer os protocolos de atuação na hipertensão e diabetes. Além de capacitação para busca ativa, medidas de orientação, técnicas de aferição e dosagem de glicemia, registro adequado e estratificação de risco.

O médico realizou semanalmente uma palestra, para informar a importância e periodicidade da realização das consultas e exames, além dos atores de risco e como melhorar nossa saúde

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários identificando aqueles que estão com consultas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários em atraso. Ao fazer a busca já agendará os usuários para consulta. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

monitoramento da intervenção.																
Grupos de HAS e DM.		X				X				X				X		

3 RELATÓRIOS DA INTERVENÇÃO

Terminou nosso período de intervenção no curso, no tempo previsto, mas o trabalho, como comentaremos mais adiante, continuará em nosso trabalho na UBS Esperança III do município Parnaíba.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Foi possível realizar o maior número de ações previstas. Monitoramos e melhoramos o acolhimento e conseguimos garantir o registro de um bom número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Capacitamos os ACS para o cadastramento de hipertensos ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, também os capacitamos para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial.

Monitoramos a realização de exame clínico apropriado, exames laboratoriais solicitados e a periodicidade recomendada, de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, dos usuários com hipertensão arterial ou diabetes mellitus. Definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos ou diabéticos. Monitoramos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/DANT e realizamos controle de estoques (incluindo validade) de medicamentos frequente e mantemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Orientamos os usuários e a comunidade quanto 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 e as necessidades de realização e periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Capacitamos a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos ou diabéticos e mediante eles orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal netos usuários.

Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com hipertensão ou diabetes e organizamos consultas em lugares mais pertos como igreja, nas tardes, além das visitas domiciliares para buscar os faltosos e agendamos um dia de segunda e terças-feiras para acolher os usuários hipertensos ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares sem afeitar outros serviços da UBS, além da realização de palestras e trocas de conversas com os usuários e comunidade em geral para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão ou diabéticos além de lograr esclarecer à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Monitoramos a qualidade dos registros dos hipertensos ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Implantamos e atualizamos a ficha de acompanhamento, com definição dos responsáveis pelo monitoramento dos registros. 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 cardiovascular, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença com ajuda de todo a equipe.

Monitoramos o número de usuários hipertensos ou diabético com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, por enquanto os avaliados já têm estratificação de risco em dia. Logramos priorizar os atendimentos dos avaliados como de alto risco, além de organizar a agenda para o atendimento desta demanda sem afetas outros serviços básicos da UBS. Explicamos aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. A equipe recebeu capacitação para realizar estratificação de risco e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Monitoráramos e organizamos práticas coletivas, a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo higiene bucal em parcerias institucionais para

envolver educadores físicos nestas atividades, NASF e participação dos usuários e com hipertensão ou diabetes e comunidade em geral. Capacitamos a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática atividade física regular, oferecer orientações riscos do tabagismo e a higiene bucal aos diabéticos ou hipertensos e sobre metodologias de educação em saúde.

Temos garantido a solicitação dos exames complementares com bastante agilidade, em média de 15 a 21 dias, o mais complexo foi a realização de ECG, pois foi muito devagar conseguir vaga, situação frequente em nosso município e de conhecimento da secretaria da saúde. Durante os últimos 5 meses, temos serias dificuldades com os medicamentos dos usuários com hipertensão ou diabéticos na UBS, ainda não temos disponibilidades dos mesmo na Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso, mas a situação dos medicamentos de conhecimento da secretaria da saúde.

Monitoramos aos hipertensos ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e os mesmos foram encaminhados para outra UBS mediante solicitação pela secretaria da saúde, já que em nossa UBS não contamos com equipe de saúde bucal, mas como continuaremos os seguimentos dos usuários com hipertensão ou diabetes, os mesmos serão monitorados e avaliados da mesma maneira.

Todas essas ações foram desenvolvidas graças às facilidades que tivemos, já que contamos com ajuda dos Gestores de Saúde, por exemplo, as impressões das fichas-espelho, a facilidade com o transporte para assim lograr a maior cobertura dos usuários com hipertensão, diabetes e comunidade em geral no programa, os dirigentes das Comunidades para assim levar o projeto à Igreja e a outros locais como às casas, além da nossa equipe que trabalhou com muito esforço nas capacitações feitas e nas palestras e reuniões.

Em relação aos indicadores, a grande maioria obteve avanços, a cobertura de programas de atenção ao hipertenso foi de 69,8% e aos diabéticos foi de 97,4%.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nós conseguimos atingir as metas de cobertura propostas. Porém, o mais complexo foi a realização de ECG, pois foi muito devagar conseguir vaga, situação frequente em nosso município e de conhecimento da secretaria da saúde. Durante os últimos 5 meses, tivemos serias dificuldades com os medicamentos dos usuários

com hipertensão ou diabéticos na UBS, ainda não temos disponibilidades dos mesmo na Farmácia Popular/DANT e possíveis alternativas para obter este acesso, mas a situação dos medicamentos de conhecimento da secretaria da saúde.

Mas, continuaremos com as ações sem afetar outros serviços e as metas serão cumpridas plenamente, pois a integração da intervenção foi implantada à rotina do serviço.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não apresentamos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores. Em relação com o preenchimento das planilhas não houve dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Em relação à incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso, as mesmas serão adequadas ou melhoradas com ajuda de todo a equipe de saúde.

A equipe continuará com suas reuniões com frequência semanal para conversar sobre a continuidade do mesmo e a importância de continuar nosso trabalho com a grande ajuda dos ACS, orientar a continuar com a busca do maior número dos usuários pendentes a serem avaliados e manter o contato com os avaliados para seu retorno e poder avaliar seus exames.

Sobre o envolvimento da equipe e outras ações programáticas: à equipe está envolvida no projeto para, ampliar o número de atendimentos da hipertensão ou diabetes. Temos que trabalhar muito forte na busca ativa dos usuários faltosos as consultas, apesar de que já temos como planejamento aumentar a cobertura das consultas pela comunidade, além das consultas na UBS, com ajuda dos ACS também levamos as consultas ainda mais pertos, nas ruas mais próximas dos usuários. Pretendemos manter as orientações na prevenção destas doenças como alimentação saudável, atividade física, evitar o tabagismo.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Os resultados apresentados seguem a intervenção realizada na UBS Esperança III, no município de Parnaíba/PI, entre os meses de março e maio de 2015. A intervenção teve como objetivo a qualificação da atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

Em nossa área de abrangência residem, aproximadamente, 562 hipertensos e 196 diabéticos (cadastrados na unidade recentemente em minha UBS pelo ACS e equipe em geral e são dados atualizado de 2015).

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

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

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

O apoio de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. No primeiro mês cadastramos 133 usuários (23%). No segundo mês conseguimos cobertura de 267 usuários (47,5%). Já no terceiro mês a cobertura chegou a 392 usuários hipertensos (69,8%), como pode ser visualizado na Figura 1.

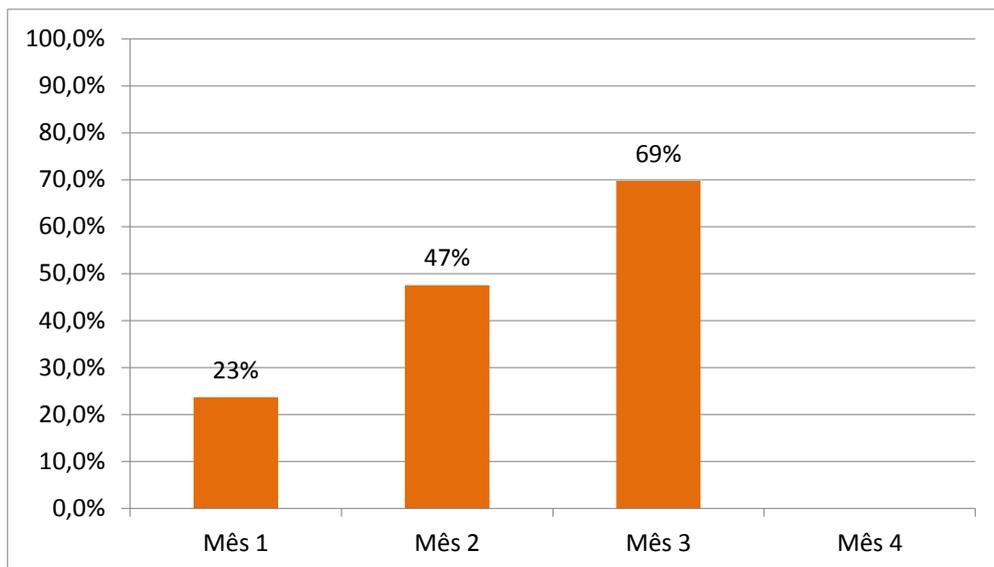


Figura 1. Coberturas do programa de atenção ao hipertensos nos meses de março a maio de 2015/PI. Fonte: planilha de coleta dados, 2015.

Não atingimos a meta de 80%, já que além de aumentar o número de consultas, ainda os usuários com esta doença não têm costume da importância da prevenção e controle da doença. Também devemos aumentar nossas palestras na comunidade, mas como já temos a mesma incorporada à rotina trabalho da UBS seguiremos aumentando e garantindo a cobertura dos usuários com ajuda da equipe de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% 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 aos diabéticos na unidade de saúde.

A evolução da intervenção na cobertura de atenção aos usuários com diabetes ocorreu de forma favorável com a participação de toda a equipe de saúde. No primeiro mês foram 79 usuários (40,3%), no segundo mês conseguimos cobertura de 147 usuários (75,0%), já no terceiro mês a cobertura foi de 97,4%, com um total de 191 usuários diabéticos inseridos no projeto, como pode ser visualizado na Figura 2.

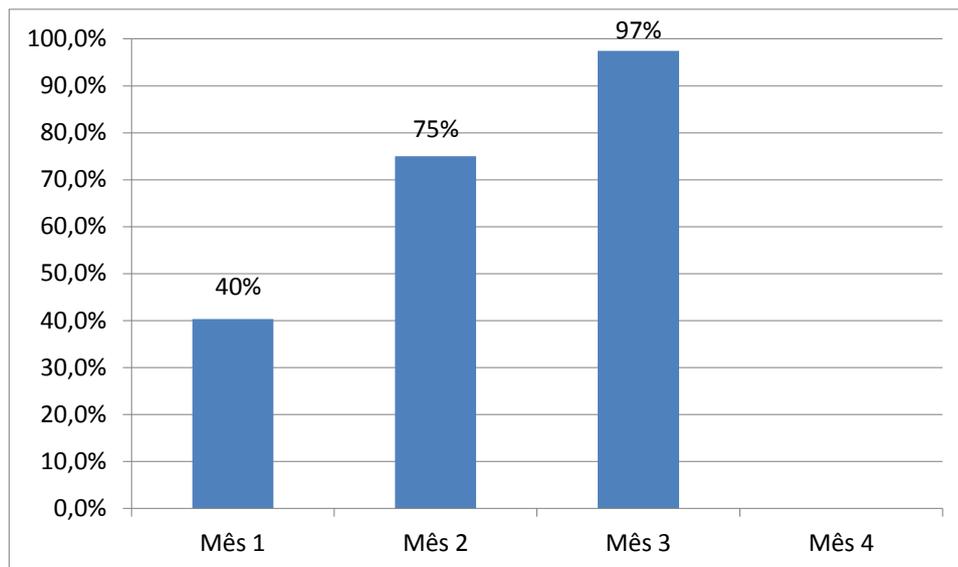


Figura 2. Coberturas do programa de atenção ao diabético na UBS, nos meses de março a maio de 2015/PI. Fonte: planilha de coleta dados, 2015.

Da parte da ESF e, sobretudo, médico e enfermeiras, mantemos estabilidade em nosso trabalho e assistência diária. Em meu caso, com toda a equipe, levamos as consultas o mais perto possível das comunidades além de ter consulta em dias fixo na UBS. Então, temos que continuar nosso trabalho e conscientizar a população. Também existe um número pequeno de usuários com controle no serviço privado e não realizam as consultas da UBS. Mas temos proposto realizar visita domiciliar e interagir com eles

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.

Em relação à proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi muito importante a participação e trabalho da equipe em geral, mas muito importante o trabalho da médica e da enfermeira com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS. Durante o primeiro mês o número de usuários foi de 133 com exame clínico em dia, o que represento 100% de usuários, durante o segundo mês logramos 267 usuários com exame clínico em dia (100%) e o terceiro

mês terminou com um total de 392 usuários com exame clínico em dia, o que representou 100% dos usuários avaliados com o exame clínico em dia.

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.

Com relação à proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo durante o primeiro mês realizamos o exame em 79 usuários (100%), no segundo mês foram 147 usuários com exame clínico em dia (100%) e o terceiro mês terminou com um total de 191 usuários com exame clínico em dia (100%). Para atingir a proporção de 100% de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi muito importante a participação da médica e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho e visitas domiciliares, o apoio dos ACS, e o trabalho da equipe em geral.

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

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

Em relação à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tivemos durante o primeiro mês 133 usuários com os exames complementares em dia (100%), no segundo mês o número de usuários com exames complementares em dia foi de 267 usuários (100%), no terceiro mês obteve-se um total de 392 usuários com exames complementares em dia, o que representou 100%. Conseguimos identificar os usuários com exames em dia, cumprir este indicador foi fácil com a ajuda do município para a realização deles através do SUS, parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral.

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

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

Importante para ajudar a cumprir este indicador foram as facilidades do município para a realização dos exames através do SUS, a parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral. Em relação à proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês o número de usuários foi de 79 com os exames complementares em dia (100%), no segundo mês o número de usuários com exames complementares em dia foi de 147 (100%), e no terceiro mês tivemos 191 usuários com exames complementares em dia (100%).

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.

Para o indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da Farmácia Popular/DANT priorizada, durante o primeiro mês foi de 133 usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular o que representou 100%, no segundo mês o número de usuários foi de 267 (100%), no terceiro mês alcançamos um total de 392 usuários com prescrição da Farmácia Popular (100%) o qual é muito bom, já que os usuários 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 durante os primeiros meses do ano 2015 temos pouca disponibilidade 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.

No primeiro mês tivemos 79 usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, representando 100%, no segundo mês o número de usuários foi de 147 (100%), no terceiro mês um total de 191 usuários (100%) com prescrição da Farmácia Popular. Isto é muito bom já que os usuários podem adquirir seus medicamentos. 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, nos primeiros meses deste ano, temos pouca disponibilidade dos 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.

Para melhorar a proporção de hipertensos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico, realizamos parceria com uma equipe de saúde bucal de outra UBS, e com o Centro de Especialidades Odontológicas, os quais ofereceram ajuda com os usuários da intervenção, além de capacitar toda a equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal. O primeiro mês alcançou 133 usuários (100%), no segundo mês foram 267 usuários (100%) e no terceiro mês fechamos com um total de 392 (100%) com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Para melhorar a proporção de diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico, realizamos parceria com uma equipe de saúde bucal de outra UBS, e também com Centro de Especialidades Odontológicas, os quais disponibilizaram ajuda com os usuários da intervenção, além de capacitar toda equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal. A proporção de diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi: no primeiro mês 79 usuários (100%), no segundo mês 147 usuários (100%) e no terceiro mês 191 usuários (100%), atingindo a meta.

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.

Com relação à proporção de hipertensos faltosos com busca ativa durante o primeiro mês foi de 1 usuário (100%), depois no segundo mês também foi 1 (100%) e no terceiro mês com busca ativa também foi 1 (100%). Continuamos na busca dos demais usuários que moram nas 3 áreas descobertas de ACS para encaminhar para UBS, além disso o usuário faltoso tem porta aberta para ser avaliado em qualquer momento na UBS.

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.

Com relação à proporção de diabéticos faltosos com busca ativa durante o primeiro mês tivemos 3 usuários faltosos com busca ativa (100%), no segundo mês os faltosos com busca ativa foram 7, todos com busca ativa (100%) e no terceiro mês conseguimos avaliar um total de 14 usuários faltosos com busca ativa (100%). Continuamos na busca dos demais usuários faltosos com ajuda dos ACS, elemento chave para identificar usuários faltosos e encaminhar para UBS, além disso, os usuários faltosos tem porta aberta para ser avaliado a qualquer momento na UBS.

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.

A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento comportou-se da seguinte maneira: durante o primeiro mês foi de 133 usuários (100%), no segundo mês foi de 267 usuários (100%) e no final do terceiro mês conseguimos ter 392 usuários com registro adequado (100%). Muito importante dispor das fichas para o controle adequado, as quais foram

disponibilizadas pela atendente nos arquivos e trabalhada pela enfermeira e pela médica.

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.

Durante o primeiro mês tivemos 79 diabéticos com registro adequado (100%), no segundo mês foram 147 diabéticos (100%) e no final do terceiro mês conseguimos 191 diabéticos com registro adequado (100%). Muito importante dispor das fichas para o controle adequado, as quais foram disponibilizadas pela atendente nos arquivos e trabalhada pela enfermeira e pela médica.

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: Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Importante para conseguir a meta foi a participação dos usuários e comunidade em geral, para a realização do exame clínico e complementar, ajuda do município com a realização dos exames pelo SUS e o trabalho da equipe em geral na busca ativa e avaliação dos usuários. O indicador de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi muito bom, durante o primeiro mês realizou-se estratificação de risco a 133 usuários (100%), no segundo mês 267 usuários (100%) e terminamos no terceiro mês com um total de 392 usuários com estratificação de risco em dia (100%).

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.

No indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi, durante o primeiro mês realizamos estratificação de risco em 79 usuários (100%), no segundo mês 147 usuários (100%) e terminamos no terceiro mês com um total de 191 usuários com estratificação de risco em dia (100%). Importante para conseguir a meta foi a participação dos usuários e comunidades em geral, para a realização do exame clínico e complementar, ajuda do município com a realização dos exames pelo SUS e o trabalho da equipe em geral na busca e avaliação dos usuários.

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.

Em relação à proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, o mesmo tivemos um ótimo apoio pela secretaria da saúde, NASF e equipe de saúde da UBS, com a participação ativa na UBS e em praças da comunidade, oferecendo palestras com diferentes temas da orientação sobre alimentação saudável. No primeiro mês orientamos 133 usuários (100%), no segundo mês 267 usuários (100%) e no terceiro mês 392 usuários (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.

Em relação à proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, o mesmo teve um ótimo apoio pela secretaria da saúde, NASF e equipe de saúde da UBS, com a participação ativa na UBS e em praças da comunidade, oferecendo palestras. Durante o primeiro mês orientamos 79 diabéticos (100%), no segundo mês 147 diabéticos (100%) e no terceiro mês 191 diabéticos (100%). Muito importante ajuda e acolhimento da comunidade e usuários em geral para receber as orientações.

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.

Com relação à proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, tivemos um ótimo apoio pela secretaria da saúde, NASF, reabilitador físico e equipe de saúde da UBS, com a participação ativa na UBS e em praças da comunidade, oferecendo palestras com diferentes temas da orientação sobre a prática de atividade física. No primeiro mês, orientamos 133 usuários (100%), no segundo mês 267 usuários (100%) e no terceiro mês 392 usuários (100%).

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.

A proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular teve um ótimo apoio pela secretaria da saúde, NASF, reabilitador físico e equipe de saúde da UBS, com a participação ativa na UBS e em praças da comunidade, oferecendo palestras. No primeiro mês orientamos 79 diabéticos (100%), no segundo mês 147 diabéticos (100%) e no terceiro mês 191 diabéticos (100%). Muito importante ajuda e acolhimento da comunidade e usuários em geral para receber as orientações

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.

A proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, tivemos um ótimo apoio pela secretaria da saúde, NASF e equipe de saúde da UBS, com a participação ativa na UBS e em praças da comunidade, oferecendo palestras. No primeiro mês conseguimos orientar 133 usuários (100%), no segundo mês 267 usuários (100%) e no terceiro mês 392 usuários (100%). Muito

importante a ajuda e recepção de toda comunidade e usuários em geral para receber as orientações.

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.

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo teve um ótimo apoio pela secretaria da saúde, NASF e equipe de saúde da UBS, com a participação ativa na UBS e praças da comunidade, oferecendo palestras. No primeiro mês orientamos 79 diabéticos (100%), no segundo mês 147 diabéticos (100%) e no terceiro mês 191 diabéticos (100%). Muito importante ajuda e acolhimento da comunidade e usuários em geral para receber as orientações.

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

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

Em relação ao indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, no primeiro mês orientamos 133 usuários (100%), no segundo mês 267 usuários (100%) e no terceiro mês 392 usuários (100%). Neste indicador não contamos com ajuda da equipe de saúde por não contar com equipe da saúde bucal, mas a equipe ajudou muito na promoção da boa higiene bucal e nas consultas todos receberam orientações adequadas, recebendo ajuda do CEO municipal e de uma equipe de saúde bucal de outra UBS. Muito importante foi a ajuda e recepção de toda comunidade e usuários em geral para receber as orientações.

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

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

Durante o primeiro mês orientamos 79 diabéticos (100%), no segundo mês 147 diabéticos (100%) e no terceiro mês 191 diabéticos (100%). Para este indicador não contamos com ajuda da equipe de saúde por não contar com equipe de saúde

bucal em nossa UBS, mas a equipe ajudou muito na promoção da boa higiene bucal e nas consultas todos receberam orientações adequadas, recebendo ajuda do CEO municipal e de equipe de saúde bucal de outra UBS. Muito importante ajuda e recepção de toda comunidade e usuários em geral para receber as orientações.

4.2 Discussão

Ao final da intervenção, conseguimos trabalhar com mais união, dedicação, integralidade e preocupação pelos usuários com hipertensão, diabetes e comunidade em geral. Muitas ações foram cumpridas e o cronograma foi seguido em quase sua totalidade. Também propiciou uma melhora dos registros, controle nas consultas, adequado exame clínico, laboratorial, estratificação de risco, além de ampliar as medidas de prevenção e promoção em saúde, a equipe ficou muito feliz com os resultados alcançados.

Os profissionais da equipe de saúde foram treinados para seguir as recomendações do Ministério da Saúde sobre os usuários com Hipertensão ou Diabetes, abordando rastreamento, monitoramento, estratificação de risco, característica destas doenças, exame clínico, preenchimento dos dados, orientações na prevenção e promoção aos usuários e comunidade, entre outras ações.

Para nossa equipe foi muito importante já que conseguimos melhorar os serviços aos usuários com hipertensão ou diabetes de forma geral sem afetar outros serviços da UBS. Aumentamos a qualidade das consultas e avaliação dos usuários, aumentamos os níveis dos indicadores que estavam baixos em relação aos anos anteriores. As ações para melhorar a saúde dos usuários foram incorporadas à rotina de trabalho de nossa unidade de saúde. A intervenção também favoreceu o trabalho integrado da médica, enfermeira, técnicas de enfermagem, recepção e ACS, que foi a peça chave na realização do projeto. Na UBS, as consultas aumentaram e foram qualificadas. Tivemos a realização de atividades educativas individual nas consultas e coletivas na recepção e sala de reuniões com a participação de toda a equipe, usuários e comunidade em geral. Agora toda equipe se vê envolvida no projeto, já que participaram na realização e execução dos mesmos. Conseguimos mudar nossa estratégia de trabalho incorporando agora todas essas ações na rotina diária de nosso trabalho na UBS.

Acabou tendo impacto favorável na comunidade a realização de palestras em diferentes pontos da comunidade como igreja e locais destinados a fazer atendimentos dos usuários com estas doenças, onde a população participou de forma ativa. Nas visitas domiciliares foi muito interesse ante a avaliação por idade ou doença, aos usuários que não podem locomover-se até a UBS, desta forma conseguimos interagir com eles e seus familiares nos cuidados e dúvidas sobre suas doenças e como melhorar a saúde.

Em nossa área de abrangência a população gostou muito do projeto, já que conseguimos cadastrar, avaliar e dar orientações de forma correta a um maior número de usuários e familiares, além das atividades levadas pela equipe de saúde com participação ativa do NASF, reabilitador físico nas diferentes praças. Com ajuda dos líderes da comunidade e igrejas, ficamos mais perto da comunidade levando as consultas para fora da UBS.

Para benefício da comunidade e para melhorar nosso trabalho a intervenção foi incorporada à rotina do serviço. Para isso ampliaremos o trabalho de conscientização em relação à necessidade de priorização da atenção da Saúde dos usuários com Hipertensão ou Diabetes.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento seria ter incorporadas todas as ações que realizamos na intervenção como rotina do trabalho desde o primeiro momento para lograr melhor controle e avaliação da saúde dos usuários e comunidade. Nossos próximos passos são tomar este projeto como exemplo e levar paralelo a outros programas na UBS como o Programa de Pré-natal, Saúde de idosos e Saúde da mulher, da criança e saúde da escola, para cumprir com os princípios do SUS: integralidades, universalidades e acessibilidade, além dos atributos e funções da APS, por exemplo: integralidade, focalização na família, orientação comunitária, resolutividades e sempre trabalhar juntos com a equipe.

5 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA GESTORES

Nossa intervenção se dedicou a aprimorar a atenção e qualificação da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos residente na área de abrangência, aproximadamente, 392 hipertensos e 196 diabéticos na UBS/ESF Esperança III do município Parnaíba. Foi de suma importância o apoio da gestão na capacitação realizada no início da intervenção, fechando a UBS e fornecendo materiais necessários como aparelho de glicemia, balanço, aparelho para a verificação da pressão arterial, nas impressões das fichas-espelho, a facilidade com o transporte, para assim conseguir uma maior cobertura dos usuários com hipertensão e diabetes. Pudemos nos aprofundar nos cadernos de atenção à saúde: 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) fornecidos pelo Ministério da Saúde e pactuarmos os objetivos, metas e o papel de cada profissional na intervenção.

Primariamente a intervenção buscou ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão ou diabetes inscritos no programa. A maioria das ações foi realizada, monitoramos a intervenção, melhoramos o acolhimento e conseguimos garantir o registro de um bom número de hipertensos e diabéticos cadastrados e avaliados na unidade de saúde. A cobertura chegou a 392 hipertensos (69,8%) e dos diabéticos a cobertura foi de 97,4%, com um total de 191 usuários diabéticos. A meta de 80% de cobertura dos hipertensos não foi cumprida, mas como já temos as ações incorporadas à rotina de trabalho da UBS seguiremos aumentando e garantindo a cobertura dos usuários com ajuda da equipe de saúde. Com um bom planejamento, nem sempre os usuários têm informação adequada de seu problema de saúde, nem

consciência. Da parte da ESF e, sobretudo, médico e enfermeiras, mantemos estabilidade em nosso trabalho e assistência diária. Em meu caso, com toda a equipe, levamos as consultas o mais perto possível das comunidades além de ter consulta em dias fixo na UBS. Então, temos que continuar nosso trabalho e conscientizar a população. Também existe um número pequeno de usuários com controle no serviço privado e não realizam as consultas da UBS. Mas temos proposto realizar visita domiciliar e interagir com eles.

Os usuários hipertensos com exame clinicam em dia foi de um total de 392 usuários o que representou um 100% dos usuários avaliados e os diabéticos terminaram com um total de 191 usuários com exame clínico em dia (100%). Em relação à 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 da médica e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS na UBS e em visitas domiciliares, para concluir nossa intervenção com um total de 100% de usuários avaliados com exames complementares 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 viabiliza 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.

A proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da Farmácia Popular/DANT priorizada teve um total de 392 usuários com hipertensão com prescrição da Farmácia Popular (100 %) e um total de 191 usuários diabéticos (100%) o qual é muito bom, já que os usuários 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, já que na UBS durante os primeiros meses do ano 2015 temos 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, realizamos parceria com o CEO municipal e também com uma equipe de saúde bucal de outra UBS, os quais disponibilizaram ajuda com os

usuários da intervenção, além de capacitar toda equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal já que durante toda a intervenção não contamos com equipe da saúde bucal. Alcançamos a proporção de 392 usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (100%) e 191 usuários diabéticos (100%). Organizamos práticas individuais a cada usuário em consultas e coletivas na comunidade e UBS sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades, NASF e participação dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade em geral.

Eu quero agradecer o apoio e a estrutura oferecida para a realização da intervenção e ressaltar a importância da continuação do ajuda dos gestores envolvidos nesta intervenção, já que é de conhecimento de todo que se 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 e diabetes.

6 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

As Comunidades do Bairro Rodoviária, Ceara e Santa Luzia

Este trabalho se desenvolveu no período de março, abril e maio de 2015. Pretendíamos cadastrar 562 hipertensos e 196 diabéticos da área adstrita UBS/ESF Esperança III e fazer consultas multiprofissionais, com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS. A equipe toda estudou e se preparou para melhorar o atendimento dos usuários com hipertensão ou diabetes. Estabelecemos metas e definimos ações. Esta intervenção estava planejada para ser realizada quatro meses, mas foi diminuída para três meses. Primeiro, definimos que tínhamos que ter pelo menos 70% dos usuários com hipertensão ou diabetes inscritos no programa de atenção. 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. A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. A cobertura chegou a 392 usuários hipertensos (69,8%) e dos diabéticos a cobertura foi de 97,4 % com um total de 191 diabéticos. Não atingimos a meta de 100%, pois a intervenção não foi realizada nas 16 semanas propostas inicialmente, mas como já temos a mesma incorporada à rotina de trabalho da UBS seguiremos aumentando e garantindo a cobertura dos usuários com ajuda da equipe de saúde.

Durante a intervenção, informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, capacitamos a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e posteriormente orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos e capacitamos os ACS para exercer suas funções seguindo o protocolo, monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com hipertensão e diabetes e organizamos consultas em lugares mais perto dos usuários, no período da tarde, além das visitas domiciliares para buscar os faltosos e agendamos um dia de segunda e terça-feira pela tarde e quinta-feira pela manhã para acolher os hipertensos ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares sem afetar outros serviços da UBS. Continuamos na busca dos demais usuários com ajuda dos ACS,

elemento chave para identificar e encaminhar para UBS, além disso, o usuário tem porta aberta para serem avaliados a qualquer momento na UBS.

Realizaram-se palestras e trocas de conversas com os usuários para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos além de conseguir esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades, NASF e participação dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade em geral.

Agora 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. Além disso, podemos avaliar se nossas ações como profissional estão atingindo o que queremos. Queremos ajudar ainda mais a comunidade nas questões educativas como realizar palestras em diferentes temas da saúde, não só dos hipertensos ou diabéticos, outros problemas também podem afetar a nossa comunidade e precisam de nossa ajuda permanente, acho que os resultados foram aceitáveis. Esta ação é muito importante, pois a informação ajuda as pessoas a tomarem atitudes corretas para melhorar a qualidade de vida, quero destacar o apoio da comunidade para o sucesso de nosso trabalho para a melhora da saúde dos usuários com hipertensão ou diabetes. Todos os profissionais estão felizes e satisfeitos de terem trabalhado nestas atividades, para benéfico da comunidade a intervenção foi incorporada a rotina dos serviços.

7 REFLEXÕES CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.

Desde o começo do meu projeto de estudo sobre a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, fiquei curioso, já que nunca tinha feito um curso a distância e também foi um pouquinho difícil pelo idioma, o qual foi um grande desafio, tanto a escrita como a leitura, mas fui superando no transcurso do curso. Também foi necessário para o desenvolvimento deste, estudar os protocolos de atuação no Brasil e compreender o Projeto Pedagógico. Nunca tive problemas com a internet, o que possibilitou meu trabalho e envio das tarefas em tempo. Destaco o apoio dos diferentes professores que trabalharam durante todo o curso nas orientações, avaliação e revisão das diferentes tarefas e TCC finalmente.

Quando levei o projeto a minha UBS todos ficaram muito felizes, já que nosso trabalho em equipe melhorou e conseguimos trabalhar com 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 deles.

Minha expectativa foi cumprida já que conseguimos cadastrar o maior 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 contente com nosso trabalho.

Com relação ao significado na prática profissional, considero muito bom já que tive a possibilidade de adquirir conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família, com muitas coisas novas para mim.

Creio 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 aprendi que tivemos que trabalhar com os principais problemas da comunidade, com os dados obtidos na análise situacional da UBS, para assim alcançar esses problemas 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

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

ANEXOS

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM.xls [Modo de compatibilidade] - Microsoft Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Calibri 11 Ajustar texto

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos

D4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3																		
Indicador para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Modo do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está em um exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente recebeu a orientação sobre a importância de seguir o protocolo?	Todos os medicamentos do plano de Hipertensão ou Diabetes foram prescritos?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está fazendo as consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizado controle glicêmico para o paciente com diabetes em dias?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratégia de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática física regular?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de prevenção	0 - Não 1 - Sim	Nome	Em uso	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	0																	
2	0																	
3	0																	
4	0																	
5	0																	
6	0																	
7	0																	
8	0																	
9	0																	
10	0																	
11	0																	
12	0																	
13	0																	
14	0																	
15	0																	
16	0																	
17	0																	
18	0																	
19	0																	
20	0																	
21	0																	
22	0																	
23	0																	
24	0																	
25	0																	
26	0																	
27	0																	

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

LISTO 55%

12:13 23/08/2015

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante



Módulo 05 Esperança III



Palestra sobre Saúde Bucal



Equipe de saúde do módulo 05

