

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM no Posto de
Saúde Estreito, São João de Piauí, PI**

Ariadna Alvarez Reyes

Pelotas, 2016

Ariadna Alvarez Reyes

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM no Posto
de Saúde Estreito, São João de Piauí, PI**

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

Orientador: Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R457m Reyes, Ariadna Alvarez

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM no Posto de Saúde Estreito, São João de Piauí, PI / Ariadna Alvarez Reyes; Guilherme Barbosa Shimocomaqui, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico meu trabalho a minha mãe e meu filho por ter sempre seu apoio incondicional e ser parte de todos meus logros.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, a meu orientador Guilherme Barbosa Shimocomaqui por sua dedicação e apoio, a toda a equipe de trabalho e profissionais que contribuíram a desenvolver o projeto e aos usuários por sua colaboração e participação ativa.

Resumo

REYES, Ariadna Alvarez. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM no Posto de Saúde Estreito, São João de Piauí, PI.** 2016. 101f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) constituem um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo, sendo responsáveis por 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana. A HAS e a DM representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. O presente trabalho teve como objetivos ampliar a cobertura e qualificar a atenção às pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade PS Estreito, São João de Piauí, PI. A intervenção foi estruturada e desenvolvida durante doze semanas. Considerou-se as ações desenvolvidas nos quatro eixos: gestão e organização, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para registrar e coletar os dados foram utilizados as fichas espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo UFPel. Após os três meses da intervenção, a cobertura da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM foi melhorada para 101,3% e 105,1%, respectivamente, e alguns indicadores de qualidade foram alcançados 100%. Destacaram-se os indicadores relacionados à promoção da saúde e melhoria da atenção. Durante a intervenção percebeu-se o desconhecimento que tem a população do controle destas doenças. A intervenção possibilitou a qualificação da prática clínica, a integração e a motivação da equipe. Além disso, o presente trabalho favoreceu a (re)organização do processo de trabalho da equipe, a aproximação e um maior envolvimento entre os seguintes atores: profissionais, comunidade e gestores. As ações foram inseridas na rotina do serviço com a participação ativa da comunidade, fortalecendo o controle e a participação popular e repercutindo em melhores resultados sanitários positivos para a comunidade.

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

Lista de Figuras

- Figura 1 Pirâmide Etária do Município de São João do Piauí – PI 14
- Figura 2 Cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial na unidade de saúde 67
- Figura 3 Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde 67
- Figura 4 Proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo 68
- Figura 5 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo 69
- Figura 6 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo 69
- Figura 7 Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo 70
- Figura 8 Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo 71
- Figura 9 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada 72
- Figura 10 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada 72
- Figura 11 Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico 73
- Figura 12 Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico 74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
Hiperdia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBS	Unidade Básica de Saúde
OS	Posto de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística	53
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório 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.....	60
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4 Avaliação da intervenção.....	62
4.1 Resultados.....	62
4.2 Discussão	75
5 Relatório da intervenção para gestores.....	77

6	Relatório da Intervenção para a comunidade	80
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
	Referências	84
	Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
	Anexos	86

Apresentação

O presente volume refere-se ao trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, sendo constituído por uma intervenção com objetivo de qualificar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, no PS Estreito, no município de São João do Piauí, PI.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, sequenciais e interligados. A Análise Situacional será apresentada na primeira parte, como a descrição do município no qual a UBS está localizada, as características da unidade e da rede de atenção à saúde do município.

No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção, com a descrição da justificativa, objetivos, metodologia, logística e cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, com a descrição dos facilitadores e das dificuldades encontradas para concretização das atividades propostas.

No quarto capítulo encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da intervenção, juntamente com a discussão e os relatórios para gestão e comunidade.

Na quinta parte encontra-se o relatório da intervenção para gestores e na sexta parte o relatório de intervenção para a comunidade.

Na sétima parte encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Atualmente, trabalho no PS Estreito, no município São João de Piauí, do estado do Piauí, mais como encontrasse em processo de construção estamos trabalhando provisoriamente em outra UBS Jose Abel Amorim a qual apresenta as condições que serão explicadas no parágrafo posteriores. A UBS possui duas equipes de saúde, cada uma composta por: 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 médico e 04 Agentes de Comunitários de Saúde (ACS), além disso, as duas equipes contam com o apoio de 01 recepcionista e 01 auxiliar de serviços gerais.

Realizamos atendimentos diários, no horário de 07:30h às 11:30 e de 13:30h às 17:30h, após este horário os usuários são atendidos no hospital do município. Na UBS, atendemos por consulta agendada e realizamos assistência para gestantes, crianças, idosos, portadores de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e outras doenças crônicas, sendo que as consultas são agendadas pelos agentes comunitários semanalmente. Também atendemos por demanda espontânea, realizamos teste de glicemia, medição de peso e altura e a equipe também faz vacinação nas escolas pertencentes à nossa área de abrangência. Estamos realizando o cadastramento dos usuários da UBS, assim, não sabemos, ainda, a população total da área com certeza, mais se tínhamos a estimativa de dados fornecidas pela secretaria de saúde que é de 2303 com a qual se trabalho no CAP.

Realizamos reunião de equipe quinzenal, na qual planejamos as atividades a serem desenvolvidas e priorizamos as ações de acordo com as dificuldades encontradas durante o processo de trabalho. As visitas domiciliares são feitas uma vez por semana, nos dois turnos de trabalho e, enquanto uma equipe faz as visitas domiciliares e trabalha com ações de promoção da saúde e prevenção da doença, a outra equipe fica na UBS fazendo atendimento, assim, sempre tem médico e enfermeiro na UBS. Para as visitas, priorizamos os idosos, acamados e usuários que não podem ir até a UBS, também procuramos usuários com doenças infecciosas, gestantes e crianças que não compareceram às consultas agendadas.

Em relação à estrutura física, esta unidade é adaptada até que terminem a reforma da UBS. É um local, relativamente, pequeno e conta com a seguinte estrutura: uma recepção, uma sala de espera, dois consultórios para médicos e enfermeiras, uma sala para nebulização, uma sala para curativos, farmácia, cozinha e dois banheiros, não temos sala de vacinação, não temos consultório odontológico, de modo que nossa população está recebendo este serviço em outra unidade de saúde. A UBS está sempre limpa, pois a auxiliar de serviços gerais trabalha nos dois turnos. Contamos com alguns medicamentos na farmácia da UBS, de modo que os usuários não precisam comprá-los, mas uma variedade de outros medicamentos ou estão em falta ou a quantidade não supre a necessidade.

Como rede de apoio, possuímos em nosso município: um Hospital Regional, uma Maternidade, um NASF, um CAPS. Os exames laboratoriais são realizados na maternidade ou no hospital, já que não contamos com coleta de exames na própria unidade.

Os principais problemas detectados, até o momento: muitas pessoas idosas portadoras de doenças crônicas que moram sozinhas e que possuem risco de quedas, não seguem o tratamento medicamentoso, muitas vezes, por esquecimento; a demora dos resultados de exames solicitados; por falta de especialistas no município, muitas pessoas que precisam viajar até a capital do estado, Teresina, sendo esta uma situação que dificulta o processo de atendimento com mais rapidez; os usuários, que estão internados no hospital, ao receberem alta hospitalar, não recebem nenhum relatório de alta com informações sobre o diagnóstico, exames realizados e o tratamento feito, o que gera dificuldade para darmos continuidade ao tratamento; a população precisa se deslocar até outra unidade de saúde para receber atendimento odontológico; por não estarmos com o cadastramento completo

da população da área, ainda não foi possível fazer um diagnóstico da saúde desta população, o que impede a elaboração de atividades direcionadas aos grupos de risco.

Até agora, o trabalho nesta comunidade e a relação da população com nossa equipe de saúde são boas, pois, apesar do pouco tempo do trabalho que temos nesta UBS, somos bem acolhidos e aceitos pelos usuários. Apesar de todas as dificuldades, considero que, com nosso esforço e trabalho em equipe podemos levar adiante a nossa missão para fazermos um bom diagnóstico de saúde que nos permita conhecer com profundidade quais são os principais problemas que atingem nossa comunidade e traçar um plano de ação que permita dar soluções e oferecer serviços de saúde de melhor qualidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Análise de Situacional, em minha opinião, é uma ferramenta muito importante porque permite identificar as características da população da área de abrangência e o perfil da população que utiliza os serviços, classificação de risco, além do nível de implantação das ações programáticas, avaliação das ações desenvolvidas e conhecimento dos indicadores de cobertura e de qualidade.

O município São João de Piauí está localizado na região sudeste de estado do Piauí, às margens do rio Piauí e a 450Km da capital Teresina. Apresenta bioma de caatinga e ocupa uma área de 1.527,773 km². Segundo Censo realizado em 2010 este município tem uma população de 19.548 habitantes, sendo que 9.584 são homens e 9.964 são mulheres, já a população estimada para 2014 era de 20.077 pessoas. A Figura 1 representa a pirâmide etária do município de São João do Piauí e é possível verificar como a pirâmide deste município se assemelha à pirâmide do Estado do Piauí (IBGE, 2010).

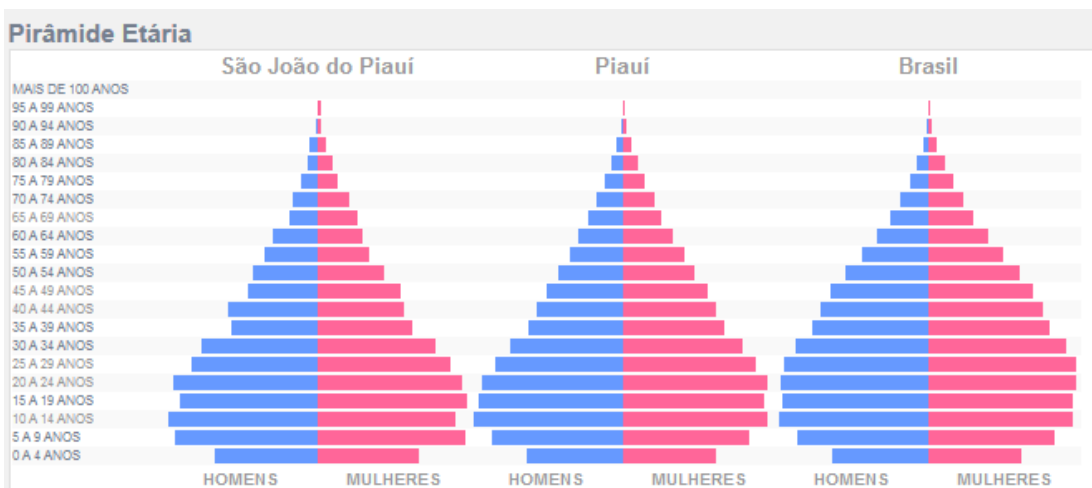


Figura 01: Pirâmide Etária do Município de São João do Piauí – PI.

Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 2010.

De acordo com dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), neste ano de 2015, o Sistema de Saúde Municipal conta com cinco UBS em funcionamento, três na área urbana e duas na zona rural, todas com Estratégia Saúde da Família implantada e totalizando dez equipes de Saúde da Família e dez equipes de Saúde Bucal, as quais garantem quase 100% de cobertura populacional. Também existem duas UBS em construção. Nosso município tem disponibilidade de 01 (um) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrado por Fisioterapeuta, Nutricionista, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Educador Físico e Pediatra; 01 (um) Centro de Especialidade Odontológica (CEO), 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 (um) Hospital Estadual Regional, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), dois Laboratórios de Exames Complementares e 01 (uma) Maternidade Municipal. As especialidades atendidas em nosso município são Pediatria e Ginecologia, as demais especialidades são encaminhadas para a capital do estado por meio do sistema de regulação do SUS.

Trabalho no PS do Estreito, localizado na zona rural do município de São João do Piauí e esta unidade de saúde possui Estratégia Saúde da Família implantada. A equipe é formada por: um Médico, uma Enfermeira, um Técnico de Enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, temos recepcionista, auxiliar de limpeza, mais não temos equipe de Saúde Bucal.

Em relação à estrutura física da minha UBS, a mesma está em processo de construção e estamos trabalhando, provisoriamente, em outra unidade de saúde, a qual apresenta boas condições estruturais: sala de recepção adequada e bom espaço para acolhimento dos usuários; os consultórios para médicos e enfermeiras são insuficientes, já que existem apenas três consultórios, assim, o mesmo consultório é utilizado por vários profissionais; sala para vacinação; sala de curativo; farmácia. No entanto, não temos sala de esterilização, o que faz com que trabalhem apenas com materiais descartáveis; consultório odontológico, sala de reuniões e sala de administração. Além da falta de armários para organização de materiais de expediente, sendo esta uma das principais deficiências, também não possuímos a quantidade adequada de medicamentos, conforme nossa demanda, além da ausência de alguns medicamentos necessários.

No que diz respeito aos equipamentos e instrumentos, não possuímos: oftalmoscópio, Otoscópio, equipamentos estes necessários para realizar um exame clínico adequado e oferecermos um serviço de qualidade. É importante citar outra limitação que é a falta de serviços de comunicação, ou seja, não temos telefone, nem internet, não temos computador, nem sistema computadorizado, equipamentos que facilitaria o desenvolvimento e o processo de trabalho. Os atendimentos são realizados todos os dias da semana e oferecemos assistência para gestantes, crianças, puérperas, usuários com Hipertensão e Diabetes e demais programas. As consultas são agendadas por micro áreas para facilitar a organização do trabalho e as mesmas acontecem tanto na UBS como nas diferentes localidades, utilizando os espaços comunitários tais como: igrejas, escolas, creches e sedes comunitárias. Temos dois dias da semana para fazer coleta de preventivo, além das visitas domiciliares aos acamados ou com alguma doença que não permita sua mobilização, sendo que estas visitas são, previamente, agendadas de acordo com as micro áreas.

Em relação às atribuições dos profissionais, nossa equipe cumpre com várias atribuições regulamentadas pelo Ministério da Saúde: participa ativamente do processo de mapeamento e territorialização da área de atuação; faz o cadastramento da população para conhecer os principais problemas de saúde que afetam a comunidade e assim oferecer soluções aos mesmos; garante a assistência de acordo com as consultas programadas e de demanda espontânea; realiza acolhimento dos usuários; desenvolve ações de educação em saúde, visando a

promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das pessoas portadoras de alguma patologia; realiza atividades de educação permanente para promover mobilização e participação da comunidade, utilizando os espaços comunitários como igrejas, escolas, creches e sedes. Realizamos reuniões de equipe com periodicidade mensal para discutirmos, em conjunto, o planejamento e a avaliação das ações da equipe. Temos dificuldades com a pouca frequência de atividades de qualificação profissional, mas precisamos do apoio dos gestores de saúde para garantir que estas atividades aconteçam.

A população da área adstrita da UBS Estreito é de 2.303 pessoas que corresponde aos limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A maioria da população é do sexo feminino e há predomínio da faixa etária de 15 a 59 anos de idade. A equipe possui cinco agentes comunitários, um para cada micro área, permitindo a nossa equipe o adequado acompanhamento de nossa população e a realização do trabalho de forma organizada, planejada e com agendamentos. Embora não tenhamos excesso de demanda espontânea, nossa equipe tem disponibilidade para o atendimento a este tipo de demanda e realizamos a estratificação de risco e análise da vulnerabilidade social para estabelecermos prioridade e oferecermos um atendimento de qualidade.

A Saúde da Criança de 0 a 72 meses é priorizada pela equipe de saúde e o atendimento é feito pelo enfermeiro, médico e pelo técnico de enfermagem e após a consulta de puericultura, as crianças já saem com a próxima consulta agendada. Também fazemos consultas às crianças que requerem de atendimentos por problemas de saúde agudos, mais não temos excesso de demanda para os mesmos. Possuímos na área um total de 42 crianças menores de um ano, superando as 35 estimadas pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), assim, atingimos uma cobertura de 100%. Quanto aos indicadores de qualidade temos um comportamento muito bom, sendo o total de crianças com consultas em dia de 40 para 95%, atrasos das consultas agendadas em mais de 7 dias de 12 para 29% e a vacinação em dia, monitoramento de crescimento e desenvolvimento na última consulta, teste do pezinho, avaliação de saúde bucal, orientações para aleitamento materno e prevenção de acidentes o resultado foi 42 para um 100%. No entanto, nenhuma criança tem registro de realização da triagem auditiva. Para o atendimento das crianças utilizamos o Caderno de Atenção Básica: Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento, publicação de ano 2012 e temos um arquivo

específico para os registros de atendimento da puericultura para realizar o monitoramento das ações, sendo que o mesmo é revisado, periodicamente, de quinze em quinze dias, com a finalidade de verificar crianças faltosas às consultas e identificar procedimentos em atraso. Registramos tanto no prontuário clínico e na Caderneta de Saúde da Criança em cada consulta as informações atuais da criança, orientamos sobre alimentação saudável, explicamos como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento, do peso e oferecemos informação para a data da próxima vacina e do local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

No acompanhamento da criança, o vínculo estabelecido entre equipe de saúde e a família destes usuários é fundamental, pois garante que o acompanhamento seja da melhor qualidade. As principais ações desenvolvidas no cuidado aos usuários desta faixa etária são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, imunizações, prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental e Teste do Pezinho. Na UBS existe o programa Bolsa Família do Ministério da Saúde, por meio do qual também fazemos o acompanhamento do peso, medidas e vacinação das crianças. Nossa equipe de saúde faz atividades educativas nas micro áreas para melhorar o conhecimento da população em geral sobre: a importância da consulta de puericultura para conhecer o desenvolvimento da criança, importância do aleitamento materno, vacinação, cuidados e prevenção de acidentes. Também fazemos visitas àquelas mães faltosas ou para crianças com consultas atrasadas; agendamos as consultas de puericultura nos primeiros sete dias de vida e fazemos o possível para que sejam cumpridas com qualidade; as crianças que demoram na maternidade, por qualquer dificuldade, fazem o teste de pezinho na mesma e todas são acompanhadas após a alta hospitalar.

Em relação à atenção ao pré-natal e ao puerpério, tentamos manter identificadas todas as nossas gestantes para que as mesmas recebam atendimento e acompanhamento adequado, com o intuito de prevenirmos a morbimortalidade materna e infantil. Possuímos 25 gestantes na área e sendo acompanhadas na UBS, de modo que nossa cobertura é de 100% e mais uma vez nossos números superaram as estimativas do CAP, que forneceu um total de 23 gestantes. Em relação às puérperas, nossa cobertura também é de 100%, já que possuímos na área 40 mulheres que realizaram consulta de puerpério nos últimos 12 meses.

O atendimento de pré-natal é realizado um dia por semana, é feito pela enfermeira e pelo médico e seguimos as recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012) e o protocolo municipal de regulação de acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. Contamos com registros específicos para o monitoramento das ações, de modo que, em todas as consultas, são preenchidas as informações no cartão do pré-natal. No caso da puérpera, garantimos o atendimento antes dos 42 dias pós-parto e fazemos atividades educativas na população em idade fértil, gestantes e puérperas oferecendo orientações sobre aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, hábitos alimentares, anticoncepção pós-parto e outros temas.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Na UBS onde atuo, possuímos 602 mulheres entre 25 e 64 anos, residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, uma cobertura de 100%, já que o CAP estima um total de 558 mulheres nesta faixa etária. No entanto, apenas 415 delas tem o exame citopatológico para câncer de colo de útero feito em dia, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, o que representa 69% das mulheres.

Em relação à prevenção do Câncer de Colo de Útero, realizamos ações educativas na UBS e nos espaços comunitários para orientar sobre a importância da realização periódica do exame preventivo deste tipo de câncer, orientamos sobre a importância do uso de preservativo em todas as relações sexuais, efeitos nocivos do tabagismo, prevenção de doenças sexuais transmissíveis. Com estas ações buscamos melhorar o nível de conhecimento da população feminina, por se tratar de uma população rural que ainda apresenta falsas crenças e desconhecimentos do tema, além disso, fazemos o rastreamento tendo em conta mulheres dentro da faixa etária preconizada, sintomas ou critérios de risco constituindo estratégias para diminuir a incidência da doença. A coleta de exame citopatológico é realizada pela enfermeira, um dia por semana, e o atendimento é registrado num formulário especial e no prontuário clínico.

No que diz respeito ao controle do Câncer de mama, possuímos na área 105 mulheres com idade entre 50 e 69 anos, o que equivale a uma cobertura de 61%, de acordo com as 173 mulheres estimadas pelo CAP, e apenas 41% (43 mulheres) possuem exame de mamografia em dia. Nossa equipe continua fazendo o trabalho

de promoção e prevenção para a detecção precoce desta patologia, tendo como estratégias: o cadastramento sistemático das mulheres nesta faixa etária; identificação, na área de abrangência, daquelas que tenham risco aumentado para a doença; busca ativa das mulheres durante as visitas domiciliares para fortalecer a adesão na realização de exames; realização de palestras para aumentar o conhecimento e campanhas que são organizadas em nosso município para o rastreamento deste tipo de câncer. Estas atividades são feitas aproveitando todos os espaços comunitários e de forma individual e coletiva, sendo fundamental a disseminação de informações sobre a necessidade da realização dos exames e da sua periodicidade e a importância do conhecimento dos sinais de alerta para o câncer.

Em relação aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) em minha UBS, possuímos 263 usuários com HAS (≥ 20 anos de idade), residentes na área, e apresentamos uma cobertura de 57%, de acordo com a estimativa de 462 pessoas. O número de usuários com DM (≥ 20 anos de idade) residentes na minha área é de 102 pessoas, assim, possuímos 77% de cobertura, para 132 diabéticos estimados pelo CAP.

Os usuários são acompanhados por meio do Hiperdia (Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) e o atendimento é organizado em um dia da semana para cada micro área, sendo feito pela enfermeira e pelo médico da equipe e, após a consulta, o usuário sai com a próxima consulta agendada. Não temos demanda excessiva de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos e utilizamos o Caderno de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b). Assim, as principais ações desenvolvidas em nossa UBS no cuidado aos portadores de Hipertensão e Diabetes são: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, obesidade, alcoolismo, ações de saúde bucal e controle de peso. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e a ficha de cadastramento de Hiperdia são revisados periodicamente com a finalidade de verificar faltosos.

Nossa equipe realiza atividades educativas com o intuito de melhorarmos a qualidade de vida destas pessoas, assim, orientamos sobre mudanças no estilo de vida, a importância de cumprir o tratamento indicado para manter as doenças

controladas e evitar possíveis complicações. Fazemos pesquisa, rastreamento e detecção precoce destas patologias durante as consultas, visitas domiciliares e atividades dentro da comunidade.

Referente à Saúde do Idoso, a estimativa do número de idosos residentes em nossa área é de 245 pessoas com 60 anos ou mais, de acordo com o caderno de ações programáticas proposto por este curso. No entanto, possuímos 182 idosos na área, o que representa uma cobertura de 74%. Realizamos atendimentos todos os dias da semana e fazemos visitas domiciliares para aqueles que precisam, seja por sua condição física, doença crônica ou solicitação da visita. Infelizmente, não temos disponibilidade de Caderneta de saúde para idoso sendo uma dificuldade para o trabalho, pois é um que possibilita o planejamento das ações. Não temos excesso de demanda e trabalhamos com o Caderno de Atenção Básica: Atenção a Saúde da pessoa idosa e Envelhecimento (BRASIL, 2010). As principais ações desenvolvidas no cuidado aos idosos são: imunização, promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo assim como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, o qual é revisado periodicamente; avaliamos a Capacidade Funcional Global do idoso durante o exame clínico; investigamos indicadores para fragilização na velhice; explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência nesta faixa etária, tais como a HAS, DM e Depressão, bem como outros agravos que podem surgir.

Infelizmente, não possuímos equipe de Saúde Bucal implantada, assim, os indicadores não puderam ser calculados. Em relação a estes atendimentos os usuários são atendidos por equipes de saúde bucal de outras UBS, no caso das gestantes, na primeira consulta, são orientadas sobre a importância da higiene bucal e encaminhadas para consulta com o odontólogo para avaliação e acompanhamento. As crianças e seus responsáveis recebem orientação sobre escovação dos dentes e hábitos saudáveis de higiene bucal e também são encaminhados para avaliação com o odontólogo. Os adultos, pessoas idosas e portadores de doenças crônicas durante as consultas na UBS e nas visitas recebem educação sobre hábitos de higiene bucal, tabagismo, alimentação saudável e são avaliadas pelas equipes de saúde bucal das outras UBS.

Enfim, acredito que o maior desafio surgido até o momento foi a mudança de local de trabalho e, conseqüentemente, da população acompanhada, pois, como tenho pouco tempo de trabalho nesta nova UBS, ainda estou conhecendo as particularidades dessa população. Entretanto, com o esforço conjunto da equipe estamos interagindo com nossa comunidade e fortalecendo o trabalho, buscando, assim, oferecer melhor qualidade na atenção à saúde. Os aspectos levantados nos questionários e caderno de ações programáticas têm sido muito importantes para nosso aprendizado e desenvolvimento profissional, pois os mesmos contribuem para o fortalecimento dos novos conhecimentos adquiridos sobre o funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS).

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

Ao fazer uma comparação com a tarefa elaborada na segunda semana de ambientação e este relatório posso dizer que, em relação ao processo de trabalho, aconteceram mudanças tanto para a equipe de trabalho como para a população. Quando elaborei a tarefa de Ambientação, eu atuava em outra UBS e a população apresentava uma realidade de saúde bem distinta.

Nesta nova UBS, conseguimos criar um vínculo entre os profissionais e a população que assistimos, pois os usuários são avaliados de forma individual e coletiva na própria área de trabalho e isso fortalece o sentido de responsabilidade e acolhimento, enfatizando na cobertura e ações de saúde voltadas ao atendimento das necessidades e demandas da população. Além disso, a população tem adquirido conhecimentos sobre saúde e estamos conseguindo realizar mudanças de hábitos e estilos de vida de muitos usuários, melhorando o estado de saúde dos mesmos e aumentando a qualidade de vida da população.

O acesso aos questionários, CAP, manuais disponibilizados e a realização de análises para a elaboração das tarefas reflexivas têm contribuído bastante para ampliar os meus conhecimentos, bem como para resolução de problemas na área onde atuo. O conhecimento adquirido permite fazer uma avaliação completa do

funcionamento de todos os programas de saúde e dos indicadores de qualidade de cada um deles e assim focar o trabalho de acordo com as dificuldades e traçar planos de ações em busca de soluções que estejam sob minha governabilidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática escolhida para nossa intervenção tem muita importância para a saúde da população porque a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são doenças crônicas com uma alta prevalência de casos, baixas taxas de controle e perda da qualidade de vida. Além disso, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise, de acordo com Brasil, 2013.

É muito importante o diagnóstico das doenças a través do processo de pesquisa e rastreamento precoce a todas as pessoas dentro da faixa etária na comunidade e sempre tendo em conta a presença dos principais fatores de risco para a detecção das doenças, já que em muitos casos os usuários desconhecem ter a doença o que contribui de forma significativa para que, no momento do diagnóstico, já tenhamos a presença de alterações ou complicações no organismo. Considero que fazendo um bom manejo das doenças na Atenção Primária e incrementando as atividades educativas na população sobre a orientação de medidas que melhorem a qualidade de vida: hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo, além do adequado acompanhamento destas doenças evitaria hospitalizações e causas de morte por complicações.

A estrutura da UBS está em processo de construção e estamos trabalhando, provisoriamente, em outra unidade de saúde a qual apresenta boas condições

estruturais: sala de recepção adequada e bom espaço para acolhimento dos usuários, os consultórios para médicos e enfermeiras são insuficientes mais sempre contamos com locais para fazer os atendimentos de forma adequada. Também contamos com salas de vacinação, sala de curativo, farmácia e consultório odontológico. Nossa equipe de saúde está constituída por um médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, odontólogo e técnico de odontologia.

A população de nossa área adstrita é de 2303 pessoas, não apresentamos registros atualizados mas, segundo as estimativas do caderno de ações programáticas há 462 e 132 pessoas com HAS e/ou DM, respectivamente. Apesar de desenvolvermos ações de educação em saúde, como palestras e roda de conversa, há fragilidades quanto à integralidade da atenção bem como a adesão da população.

Considero que a intervenção é importante no contexto da UBS para superarmos as limitações identificadas no cuidado à pessoa com HAS e/ou DM. Para isso, será necessário o fortalecimento do trabalho em equipe, realizar ações intersectoriais e de engajamento público nos espaços comunitários, tais como escolas, igrejas, creches e etc. É importante também o comportamento respeitoso, acolhedor e de boa comunicação que mantém a equipe de saúde com a comunidade, para fortalecer a participação da população em atividades de promoção e prevenção de saúde e a responsabilidade pela saúde individual e geral, e assim acrescentar o nível de educação em saúde. As principais dificuldades ou limitações existentes é a falta de nossa UBS própria, pois isso interfere na qualidade da assistência e sistematicidade dos usuários nas consultas, precisando deslocar-se até UBS onde trabalhamos provisoriamente e isso contribui a ter usuários faltosos e atrasos nas consultas agendadas, pela falta e dificuldade do transporte, considerando que é uma população rural. Os aspetos que viabilizam nosso trabalho de intervenção é a relação que já temos com a comunidade, o exitoso trabalho dos ACS que contribuem com informação precisa, permitindo-nos facilitar o acompanhamento adequado dos usuários e conhecer casos novos que aparecem na área. Com nosso trabalho de intervenção, esperamos melhorar os indicadores de nossa UBS, pois facilitaremos a educação necessária para manter o controle das doenças, além de favorecer hábitos alimentares saudáveis, promover a pratica de

exercícios físicos regular e assim ajudamos a diminuir as complicações decorrentes pelas doenças e aumentaria a qualidade de vida da população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM cadastradas e acompanhadas pelo PS Estreito, São João do Piauí, PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura de Hipertensos e\ou Diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão e\ou Diabetes.
3. Melhorar a adesão de pessoas com Hipertensão e\ou Diabetes.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

1.1- Cadastrar 90 % dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2- Cadastrar 90 % dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

2.3- Realizar exames dos pés das pessoas com Diabetes

2.4- Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5- Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.6- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

2.7- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

2.8- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

2.9- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

3.1- Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2- Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

4.2- Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 5: Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **12** semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) **PS** Estreito, no Município de São João de Piauí, Piauí. (((Participação da intervenção 240 hipertensos e 62 diabéticos dentro da faixa etária de 20 anos ou mais, que foram os dados recolhidos a traves da planilha de coleta de dados)))

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos portadores de HAS e/ou DM

Meta 1.1 Cadastrar 90% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 90% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento:

O monitoramento será feito através da análise das fichas espelho e planilha de coleta de dados e será realizado pelo médico e enfermeira sempre ao final de cada mês da intervenção, avaliando os resultados e verificando se as estratégias adotadas estão dando certo ou se precisam ser reformuladas.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM.

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

Detalhamento:

O registro das pessoas com HAS e/ou DM será feito durante as consultas de atendimento clínico, sendo que os registros nas planilhas e fichas serão feitos pela enfermeira ou auxiliar de enfermagem.

O acolhimento será feito por toda a equipe de trabalho: auxiliar de enfermagem, enfermeira, médico e agente comunitário de saúde no local onde realizaremos as consultas: UBS, espaços comunitários, escolas, igrejas, domicílios ou outro local.

Nossa equipe de saúde fará revisão mensal dos equipamentos e, se algum aparelho apresentar problema no funcionamento ou se houver falta de algum material faremos solicitação aos gestores de saúde e assim garantiremos o funcionamento adequado dos equipamentos e do material necessário para o bom andamento da intervenção.

Eixo Engajamento Público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, no mínimo, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

A equipe de saúde informará à população sobre o programa através de meios de comunicação e atividades educativas. Também informaremos sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg. Estas informações serão dadas durante o acolhimento, em consultas, visitas domiciliares e atividades educativas na comunidade. O médico dará informações sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes por meio de palestras, atividades educativas e materiais didáticos como folhetos e outros.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira, durante a reunião da equipe, capacitarão os ACS para o cadastramento dos usuários com HAS e DM da área de abrangência. Estes profissionais também serão responsáveis pela capacitação dos demais integrantes da equipe sobre os critérios e forma adequada para verificação de pressão arterial. A enfermeira será a encarregada de capacitar os integrantes da equipe para a realização do hemoglicoteste aos adultos com PA sustentada maior que 135/80mmHg.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção aos portadores de HAS e/ou DM

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e com diabetes;

Detalhamento:

O monitoramento será feito através da análise das fichas de dados e será feito pelo médico e pela enfermeira em todas as consultas agendadas, verificando se todos os usuários atendidos estão recebendo exame clínico apropriado, seguindo o que recomenda o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013 e elaborados pelo Ministério da Saúde.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes.

- 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 UBS.

Detalhamento:

O médico definirá as atribuições de cada membro da equipe durante o exame clínico dos usuários, seguindo critérios do protocolo para HAS e para DM. Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico e pela enfermeira e todos os integrantes terão à disposição na UBS os protocolos e materiais necessários para sua revisão. Haverá uma programação mensal, através de um cronograma, com os temas de atualização e os gestores disponibilizarão os protocolos atualizados na UBS, em forma impressa.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar a comunidade em geral quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes.

Detalhamento:

O médico e enfermeira serão responsáveis de oferecer orientações quanto aos riscos de doenças cardiovasculares neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre os cuidados gerais de suas doenças e estas orientações serão dadas em cada consulta, visita domiciliar, palestras e atividades educativas com a comunidade.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

O médico e enfermeira capacitarão a equipe para realização de exame clínico apropriado dos usuários com DM e HAS, seguindo as recomendações dos protocolos do MS.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira serão os responsáveis de monitorar a realização de exame dos pés fazendo revisão das fichas espelho, prontuários e dos registros lançados na planilha de coleta de dados.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés
- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.
- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento:

O médico e enfermeira serão os responsáveis pelo exame dos pés das pessoas diabéticas. Em parceria com o gestor de saúde, faremos capacitações sobre temas relacionados à HAS e DM, de acordo com os protocolos adotados pela UBS. A enfermeira agendará as consultas das pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

A equipe de saúde fará solicitação de compra, ao gestor de saúde, para aquisição de monofilamento 10g, pela importância que este produto tem para avaliação dos usuários portadores de DM. A equipe de saúde buscará a parceria de especialistas para que haja o funcionamento adequado do sistema de referência e contra referência.

Eixo Engajamento público:

Ações:

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

Detalhamento:

A equipe de saúde, em parceria com especialistas, fará palestras na UBS e nos espaços da comunidade com grupos de diabéticos e população geral para

orientação das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância do cuidado dos pés.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento:

A equipe de saúde fará solicitação aos gestores de saúde de especialistas para a capacitação adequada.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e conforme a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

O monitoramento do número de pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e conforme a periodicidade recomendada será feito, em cada uma das consultas, pelo médico e enfermeira através da análise das fichas espelho e prontuários, avaliando-se mensalmente, com toda a equipe e traçando estratégias com os ACS para resolver as dificuldades.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- 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 para os exames complementares atualizados.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira serão os encarregados pela solicitação dos exames complementares seguindo o protocolo. Buscaremos apoio do gestor municipal para garantir a agilidade da realização dos exames complementares solicitados, priorizando casos de urgências, portadores de necessidades especiais e outros casos que julgarmos necessários. Os exames serão avaliados, imediatamente, após a entrega feita pelo laboratório e, se detectarmos alguma alteração, comunicaremos aos ACS para buscar o usuário no intuito de realizar consulta o mais rápido possível.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames;

Detalhamento:

A equipe de saúde será encarregada de orientar na comunidade a importância da realização dos exames e o médico e a enfermeira, em cada consulta e visita domiciliar, informarão aos usuários a periodicidade dos exames.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

O médico capacitará a equipe para a solicitação de exames complementares seguindo o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

A enfermeira monitorará, semanalmente, através dos registros dos usuários com HAS e DM cadastrados quais os medicamentos existentes na Farmácia Popular são utilizados no Programa de Atenção aos portadores de HAS e/ou DM.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas na UBS.

Detalhamento:

A enfermeira e técnica de enfermagem realizarão controle da quantidade e validade dos medicamentos existentes na UBS através dos registros de entrega de medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, atividade esta que será realizada mensalmente.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade em geral quanto ao direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

A equipe de saúde orientará os usuários sobre os medicamentos existentes na UBS e alternativas na Farmácia Popular com os medicamentos oferecidos pelo governo de forma gratuita para estas doenças crônicas.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

O médico e a enfermeira, seguindo o que rege os protocolos do MS, capacitarão os profissionais sobre o tratamento da hipertensão e diabetes e sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar as pessoas hipertensas que necessitam de atendimento odontológico.

O médico e a enfermeira avaliarão em cada consulta aos portadores de HAS e/ou DM se há necessidade de atendimento odontológico.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O odontólogo avaliará em suas consultas e visitas domiciliares as prioridades dos tratamentos odontológicos de cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. O odontólogo e a técnica de saúde bucal agendarão, semanalmente, as consultas para os usuários com necessidade de atendimento odontológico.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento:

A equipe de saúde será encarregada de orientar os usuários e a comunidade, através de palestras e atividades educativas em espaços comunitários, sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

O odontólogo e a técnica de saúde bucal capacitarão aos integrantes da equipe para avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos para identificação daqueles com necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

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

Detalhamento:

A enfermeira e os ACS avaliarão o cumprimento das consultas através da análise dos prontuários, de acordo com a periodicidade prevista no protocolo.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Os ACS serão encarregados de realizar as visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos. A auxiliar de enfermagem será a encarregada de organizar os acolhimentos dos usuários diabéticos e hipertensos provenientes das buscas.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para evitar evasão das pessoas com hipertensão e com diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e com diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira informarão a comunidade, durante as consultas, visitas domiciliares e palestras sobre a importância da realização das consultas. Realizaremos reuniões com a comunidade e a equipe de saúde para ouvir e criar estratégias sobre os principais fatores que levam os usuários a não comparecerem às consultas. O médico e a enfermeira, durante as visitas domiciliares, consultas e atividades educativas com os grupos específicos esclarecerão sobre a periodicidade preconizada para realização de consultas e oferecerão informações através de cartazes de forma didática para garantir o entendimento da informação.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ação:

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e com diabetes quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira capacitarão os ACS quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e com diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento:

A enfermeira e o médico serão encarregados de monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos, semanalmente, revisando o cumprimento das consultas agendadas e avaliação clínica adequada.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

- Implantar ficha de acompanhamento.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento:

A enfermeira será encarregada, junto com a auxiliar de enfermagem de manter todos os dados do SIAB/e-SUS atualizados. O médico e a enfermeira preencherão a ficha espelho dos portadores de HAS e DM, mantendo-as atualizadas em todas as consultas.

Nas reuniões da equipe a enfermeira destacará a importância de ter um correto registro das informações e a mesma será a responsável pelo monitoramento dos registros. Os registros serão organizados pela data da consulta agendada de tal forma que os usuários com atraso nas consultas, realização de exames complementares, realização de estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença, tenham suas fichas diferenciadas pela enfermeira.

Eixo Engajamento público:**Ação:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário.

Detalhamento:

A equipe orientará os usuários com HAS e/ou DM e a comunidade através de atividades educativas sobre os direitos que eles têm de manter seus registros de saúde atualizados e obtenção de segunda via, se necessário.

Eixo Qualificação da prática clínica:**Ações:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e com diabetes;

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

A enfermeira e o médico serão os responsáveis de capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM, bem como para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5 - Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e com diabetes com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

Por meio da análise dos registros feitos nos prontuários, ficha espelho e planilha de coleta de dados, a equipe monitorará todos os usuários com HAS e/ou DM cadastrados para a realização da estratificação de risco pelo menos uma vez ao ano.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e com diabetes avaliadas como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento da demanda.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira priorizarão os atendimentos de hipertensos e diabéticos avaliados de alto risco, seguindo as recomendações dos protocolos. A técnica de enfermagem e os ACS serão os responsáveis por agendar e priorizar os atendimentos aos usuários avaliados como de alto risco, para serem atendidos no mesmo dia.

Eixo Engajamento público:

Ações:

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

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

A equipe será a responsável pela orientação em cada atendimento aos usuários e a comunidade de seus níveis de risco e da importância de ter um acompanhamento regular na UBS. A equipe realizará palestras, mensalmente, na comunidade e nos grupos de portadores de HAS e/ou DM abordando temas sobre fatores de risco modificáveis, como ter uma alimentação saudável, evitar o tabagismo, praticar exercício físico de forma regular.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

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

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento:

O médico e a enfermeira capacitarão a equipe sobre a importância do registro e para a realização da estratificação de risco seguindo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo para evitar as complicações destas doenças.

A equipe ainda será capacitada sobre o controle de fatores de risco modificáveis, para isso, utilizaremos materiais educativos baseados nos Protocolos do Ministério de Saúde, vídeos e atualizações dos temas durante todo o transcurso da intervenção.

Objetivo 6 - Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional das pessoas com hipertensão e com diabetes;

Detalhamento:

Realizar nas consultas e durante as visitas domiciliares orientações sobre alimentação saudável a todos os usuários diabéticos e hipertensos, monitorando se estas orientações estão sendo registradas no prontuário e ficha espelho.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

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

Detalhamento:

Realizaremos atividades educativas com grupos de hipertensos e diabéticos em parceria com o nutricionista do NASF. Para isso, solicitaremos, junto ao gestor, a participação do nutricionista nestas atividades.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar pessoas com hipertensão e com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento:

Realizaremos atividades educativas para os usuários diabéticos e hipertensos e seus familiares sobre a importância de manter uma alimentação saudável.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

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

Detalhamento:

A equipe será capacitada pela nutricionista sobre práticas de alimentação saudável. O médico e enfermeira ficarão encarregados de fornecer materiais sobre educação em saúde que serão entregues no transcurso das capacitações.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

Em cada consulta, monitoraremos se há registro das orientações da prática regular de atividade física para evitar o sedentarismo e outras complicações.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Organizar práticas coletivas com orientação sobre atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

A equipe organizará, com os professores de educação física das escolas, a prática de exercício físico para os grupos de hipertensos e diabéticos.

Para isso, solicitaremos, junto ao gestor, o planejamento de atividades com estes educadores físicos nestas atividades.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e do diabetes Detalhamento:

A equipe de saúde, durante as consultas, orientará todos os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática regular de atividade física para a manutenção da saúde.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento:

Realizaremos capacitação da equipe da unidade de saúde em conjunto com profissionais de educação física sobre como promover a prática de atividade física e seus benefícios para a saúde. Também realizaremos capacitação da equipe, com apoio dos profissionais de educação física, sobre as metodologias de educação em saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

Nas consultas, o médico e enfermeira monitorarão nos prontuários e fichas espelho os registros sobre as orientações dos riscos do tabagismo.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

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

Detalhamento:

A equipe de saúde fará contato com a secretaria de saúde e gestor para aquisição de medicamentos para o abandono do tabagismo.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

A equipe de saúde orientará aos hipertensos e diabéticos tabagistas da existência de tratamentos para abandonar o hábito de fumar para melhorar a qualidade da saúde.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

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

Detalhamento:

Iremos programar capacitações para a equipe de saúde com profissionais especializados no tema.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

O médico, enfermeira e equipe de saúde bucal monitorarão a realização das orientações sobre higiene bucal nas consultas aos usuários diabéticos e hipertensos

a partir da verificação do registro de tais informações no prontuário e ficha espelho de cada usuário.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

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

Detalhamento:

Organizaremos a quantidade de consultas agendadas que permita ter o tempo disponível para garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Programaremos palestras, atividades educativas com grupos específicos e com a comunidade para oferecer orientação sobre a importância da higiene bucal, apoiando-nos na utilização de cartazes e panfletos com as informações precisas e inserindo a equipe de saúde bucal nestas atividades.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

O odontólogo capacitará a equipe para oferecer orientações adequadas sobre higiene bucal aos usuários diabéticos e hipertensos.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 90% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.2- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 2.3- Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com Diabetes a cada 03 meses.

Indicador 2.3- Proporção de pessoas com Diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com Diabetes com o exame dos pés em dia

Denominador: Número total de pessoas com Diabetes residentes na área e acompanhados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 2.5 Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.6- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.8- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.9- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 3.1- Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

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

Indicador 3.2- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2- Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.2 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.5- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.6- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.7- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão é que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.8- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Nossa intervenção será realizada nas ações programáticas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), utilizando como protocolos o Caderno de Atenção Básica nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b). As ações serão registradas nos prontuários individuais de cada usuário portador de HAS e/ou DM e para o monitoramento das informações serão utilizadas as fichas espelho (ANEXO A) e a planilha de coleta de dados (ANEXO B) fornecidas pelo curso. Apresentaremos nosso projeto aos

gestores municipais e solicitaremos cópia da versão atualizada dos protocolos que serão utilizados, bem como a quantidade de fichas espelho necessárias para a intervenção. Destacaremos aos gestores as principais dificuldades que temos para realizar a intervenção, mostrando soluções a eles e apresentaremos os benefícios de nosso projeto para melhorar a assistência na UBS à população com HAS e DM.

O médico monitorará e organizará a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, assim como fará a definição das atribuições de cada membro da equipe na realização de exame clínico apropriado e os exames laboratoriais solicitados aos usuários hipertensos e diabéticos, também, em conjunto com a enfermeira, promoverá acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Teremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O livro de registro específico será revisado pela enfermeira para organizar e identificar todos os usuários hipertensos e diabéticos que compareceram ao serviço nos últimos três meses. Desta maneira, realizaremos o primeiro monitoramento onde haverá duas pastas específicas, sendo uma para os portadores de HAS e outra para os portadores de DM. A profissional transcreverá todas as informações disponíveis no livro para a ficha espelho, anexando anotações sobre os usuários e colocando todos os indicadores de qualidade como: estratificação de risco cardiovascular, com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, com exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosa nos últimos três meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses.

Na prática clínica, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários diabéticos e hipertensos. As capacitações serão realizadas na unidade de saúde, com aproximadamente duas horas de duração ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe e as capacitações acontecerão mensalmente, nas quais abordaremos os seguintes temas: realização de exame clínico apropriado, seguimento do protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, orientação dos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e o tratamento da hipertensão e diabetes.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem a unidade de saúde será desenvolvido pela técnica de enfermagem e pelos ACS em cada local de consulta nas comunidades. Pessoas com DM que necessitarem da realização de novos exames complementares serão atendidos em todos os turnos para ampliar a cobertura. Os usuários que apresentarem nas consultas pressão arterial superior à 140/90 mmHg ou sintomas relacionados terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 30 minutos. Os hipertensos e diabéticos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

O acolhimento da demanda de intercorrências agudas dos usuários é pequeno e quando ocorrerem serão priorizados nas consultas disponíveis para atender as urgências. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas cinco vagas por semana.

Realizaremos contato com os representantes da comunidade e das escolas da área de abrangência, tendo o apoio dos agentes comunitários em cada micro área e apresentaremos o projeto esclarecendo e orientando os usuários e a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, bem como a necessidade da realização de exames complementares e ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Buscaremos apoio da comunidade com a finalidade de ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos e de informar a mesma sobre a necessidade do atendimento e acompanhamento deste grupo populacional.

A enfermeira ficará responsável por examinar as fichas-espelho de atendimentos dos usuários de forma semanal detectando assim aqueles que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso. Para a identificação dos usuários com atrasos serão responsáveis os agentes comunitários de saúde na busca ativa as quais serão realizadas três vezes por semana. A partir da busca agendarão as consultas aos usuários para um horário de sua conveniência e ao final de cada mês as informações das fichas espelho serão consolidadas na planilha de coletas de dados.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção que realizamos com o foco na atenção aos usuários com HAS e/ou DM de nossa comunidade foram desenvolvidas de forma geral com muita facilidade e acessibilidade, dentro das ações previstas no projeto de intervenção.

Todas as ações foram realizadas, pois conseguimos seguir o cronograma, graças a persistência da equipe de saúde que tinha muita expectativa com o projeto e o apoio do gestor de saúde para a realização do trabalho.

Apesar dos imprevistos que ocorreram, como por exemplo, a questão do transporte, devido à falha mecânica do mesmo, o grande intervalo de tempo para o abastecimento e outras dificuldades com ele, as quais atingiram no desenvolvimento das ações, ocasionando atrasos e as vezes até a diminuição de usuários para o atendimento, pois não ficavam na espera, sempre tentamos oferecer uma solução certa, por meio da reprogramação das ações para outro dia, mas nunca sem deixar de fazer o trabalho programado. As dificuldades que eram de responsabilidade da gestão do município foi debatida e encaminhada para a secretária de saúde.

Dentro das ações realizadas encontram-se as visitas nas comunidades pertencentes a nossa de área de abrangência, as consultas agendadas para o grupo do programa de pessoas com HAS e/ou DM, a avaliação médica adequada, a realização de palestras e atividades educativas tanto nas consultas e visitas sobre diferentes temas relacionados com suas doenças, como por exemplo, hábitos de vida saudável, orientações nutricionais e importância de exercício físico.

Nós também esclarecemos à comunidade sobre as doenças e as complicações do foco escolhido, fizemos reuniões com a equipe mensalmente para

analisar o trabalho feito a cada semana, conhecer as dificuldades encontradas e como serão solucionadas as mesmas, além de organização e planejamento das ações que iram ser realizadas a cada semana.

Além disso, não apenas analisamos as dúvidas e dificuldades encontradas ao longo do trabalho, mas também trabalhamos na coleta e sistematização de dados para ter uma avaliação do comportamento dos indicadores que estamos trabalhando. É importante destacar que foi relevante o contato com os ACS s e a capacitação de acordo com os protocolos e o papel deles na ação programática e atualizá-los quanto ao tratamento da hipertensão arterial e diabetes, além do esclarecimento e orientação das ações para serem desenvolvidas.

A equipe levou muito a sério o projeto e as atividades tornarem-se uma rotina de nosso trabalho diário, as quais daremos continuidade e manteremos inserida diariamente, pois os resultados do trabalho tem sido muito bom e estamos contribuindo para conscientizar a população sobre as doenças e a melhorar o nível de conhecimento e com isso melhorar o estado de saúde dos mesmos.

A equipe toda está fazendo o esforço para ampliar as ações, tomamos como medida incrementar as quantidades de visitas semanal nas micro áreas para assim aumentar os atendimentos e as visitas domiciliares e dessa forma, atingir a maior parte da população.

Em relação aos usuários que ainda estão faltosos, estes serão visitados de forma sistemática pelos ACS para providenciar sua assistência e no caso de apresentar algum impedimento para assistir ao atendimento será comunicado a equipe de saúde para fazer a visita e receber avaliação adequada e assim resgatar os usuários que precisam de atendimento.

Uma dificuldade enfrentada foi o monitoramento dos exames de rotina, pois muitos usuários não retornavam com seus exames no tempo certo, uma vez que a entrega dos resultados muitas vezes demora até 30 dias, impossibilitando o trabalho. Sabemos que a demanda em relação aos exames laboratoriais no município é muito grande e as vezes acontecem problemas técnicos com os aparelhos, mais é um problema de gestão que infelizmente não podemos intervir.

Outra realidade para alguns usuários é o deslocamento deles até o laboratório de exames da UBS constituindo um obstáculo tendo em conta a maiorias das pessoas com HAS e/ou DM são idosos, mais conseguimos incluir na nossa

agenda um dia da semana para a realização dos exames sem precisar marcar, sendo mais acessível para eles.

As atividades educativas realizadas como palestras e os contatos com os usuários e os familiares através das visitas domiciliares e atendimentos em diferentes espaços das comunidades facilitou lograr mudanças na qualidade de vida dos usuários que adquiriram conhecimentos, sobre suas doenças, complicações, aprenderam como lidar com sua doença e como levar uma vida saudável, intercambiaram experiências entre eles e esclareceram muitas dúvidas.

Além disso, alcançamos a inclusão da participação no projeto de outros profissionais da saúde entre eles o nutricionista, professor de educação física, odontólogo, que ajudaram na realização das atividades, nas capacitações e na mobilização da população para uma participação adequada.

Houve uma grande melhoria no acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM e atingimos a meta de cobertura proposta, sendo todas estas atividades adotadas na rotina do trabalho diário, pelas transformações adquiridas na qualidade de saúde do grupo de pessoas com HAS e/ou DM e os resultados obtidos pela equipe de saúde que é comprometida com o trabalho para aumentar a qualidade de vida dos usuários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas ações previstas foram desenvolvidas, conforme mencionado no item acima.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta dos dados, não houve dificuldades pois tínhamos todos os prontuários e fichas espelho dos usuários, o fechamento da planilha de coleta de dados foi bom e os cálculos dos indicadores ocorreram sem dificuldades. É fundamental destacar uma de nossas grandes dificuldades que é o fato de não

termos computador, nem internet na UBS, pois está em reparação e isso dificulta nosso trabalho que poderia ser bem mais simples.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Ao realizar uma análise sobre a viabilidade da incorporação das ações do projeto à rotina do serviço, considero que há uma boa aceitação pela equipe de saúde que ficou muito entusiasmada e com muitas expectativas e também pelos usuários que no início não mostrava muito interesse e na medida que ia desenvolvendo-se o projeto foram incorporando-se e familiarizando-se com as atividades as quais foram fluindo com naturalidade.

Todas as atividades estão inseridas dentro de nossa rotina de trabalho, consultas programadas e visitas domiciliares aos usuários hipertensos e diabéticos, rastreamento das doença pela equipe de saúde aos usuários acima de 20 anos e com fatores de risco para adoecer as mesmas, além das atividades educativas desenvolvidas em cada micro áreas como palestras, conversas, atividades de pratica de atividades físicas, utilizando todos os espaços comunitários.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada durante 12 semanas no PS Estreito, abordou o tema relacionado com a melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM. Participaram os usuários com 20 anos e mais residentes na área de abrangência da nossa unidade de saúde.

Para realizar a nossa intervenção, utilizamos as estimativas da população alvo, conforme consta na planilha de coleta de dados (PCD), uma vez que elas retratam melhor a nossa realidade e também nossos registros não eram atualizados e portanto não fidedignos para utilizarmos. Naquele momento do início da especialização tínhamos uma população de 2303, mais depois nossa população foi mapeada, assim, após inserir na PCD o número total de habitantes residentes na nossa área de abrangências (1.561), as estimativas geradas foram 237 e 59, respectivamente, para as pessoas com 20 anos ou mais com HAS e/ou com DM.

Antes de iniciar a intervenção, estabelecemos uma meta de cobertura para a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou com DM em 90%. Essas metas foram consideradas, uma vez que a intervenção teria a duração de apenas 3 meses e também, segundo as estimativas do CAP, os nossos indicadores de cobertura antes da intervenção, para atenção à saúde da pessoa com HAS era de 57% (263) e de DM de 77% (102), tendo em conta que estes dados foram quando a população ainda não estava definida.

Os objetivos principais desse trabalho foi ampliar e qualificar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM. Para isso, foram realizadas inúmeras ações

com a participação da equipe, da comunidade e da gestão. O número de pessoas com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência e com HAS que participaram da intervenção foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 77, 147 e 240. Já o número de pessoas com DM foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 15, 39 e 62. Seguem abaixo os resultados obtidos, segundo os objetivos e as metas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1: Cadastrar 90% das pessoas com HAS no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 90% das pessoas com DM no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Em relação à meta 1.1, o número total de pessoas com HAS com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela unidade de saúde, foi, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 77 (32,5%), 147 (62,0%) e 240 (101,3%).

Quanto a meta 1.2, os indicadores de cobertura alcançados no primeiro, segundo e terceiro mês, foram, respectivamente, 25,4% (15), 66,1% (39) e 105,1% (62).

No final da intervenção as metas foram atingidas. No primeiro mês, não ampliamos a cobertura de forma significativa, pois uma grande parte da população vive na zona rural e com uma situação geográfica existente difícil em nossa área de abrangência, sendo que a maioria dos usuários do programa moram em comunidades muito afastadas da unidade e com dificuldades para o deslocamento, pois não tem meio de transporte para se deslocar.

Além disso, nossa equipe de saúde apresenta dificuldades com o transporte, as vezes pela não disponibilidade dele, outras vezes por alguma falha mecânica do mesmo, atraso no abastecimento e outras dificuldades com ele, as quais prejudicaram o desenvolvimento das ações, ocasionando chegada tarde ao local e as vezes até a diminuição do número de usuários no atendimento, pois não ficavam na espera, outro problema importante na diminuição foram os usuários faltosos as consultas programadas.

Todas essas situações ocorridas diminuíram em grande medida o fluxo de usuários, prejudicando assim, os resultados de nossos indicadores no primeiro mês da intervenção.

Já a partir do segundo mês tivemos um incremento do fluxo de usuários que foi aumentando até chegar ao terceiro mês, onde logramos atingir a cobertura, todo isto foi alcançado graças a persistência da equipe que sempre teve muita expectativa com o trabalho e pelas medidas realizadas para incrementar as mesmas, entre elas incrementamos as quantidades de visitas semanal nas micro áreas, para assim aumentar os atendimentos e as visitas domiciliares e conseguirmos atingir a maior parte da população.

Quanto aos usuários que ainda estavam faltosos, foram visitados mais sistematicidade pela ACS para providenciar sua assistência e no caso de apresentar algum impedimento para assistir ao atendimento era comunicado a equipe de saúde para fazer a visita e receber avaliação adequada e assim resgatar os usuários que precisam de atendimento, as atividades de promoção em saúde para a divulgação do funcionamento do programa e ações que estávamos realizando com a implementação deste projeto, sendo o trabalho em conjunto de muita importância para o trabalho, permitindo-nos obter os resultados alcançados.

No terceiro mês, observamos que os indicadores de cobertura foram maiores do 100%. Acreditamos que isso pode ter ocorrido tanto devido ao esforço da equipe, mas também pelo fato de termos utilizado uma estimativa da planilha de coleta de dados. É possível que a porcentagem atingida foi acima de 100%, pois foi utilizado a estimativa da planilha de coleta de dados. Uma estimativa não é um dado real, nem exato, mas sim aproximado e sofre variação em diferentes territórios devido às singularidades locais/regionais. Portanto, a porcentagem de alguns indicadores maior do que 100% é devido à isso.

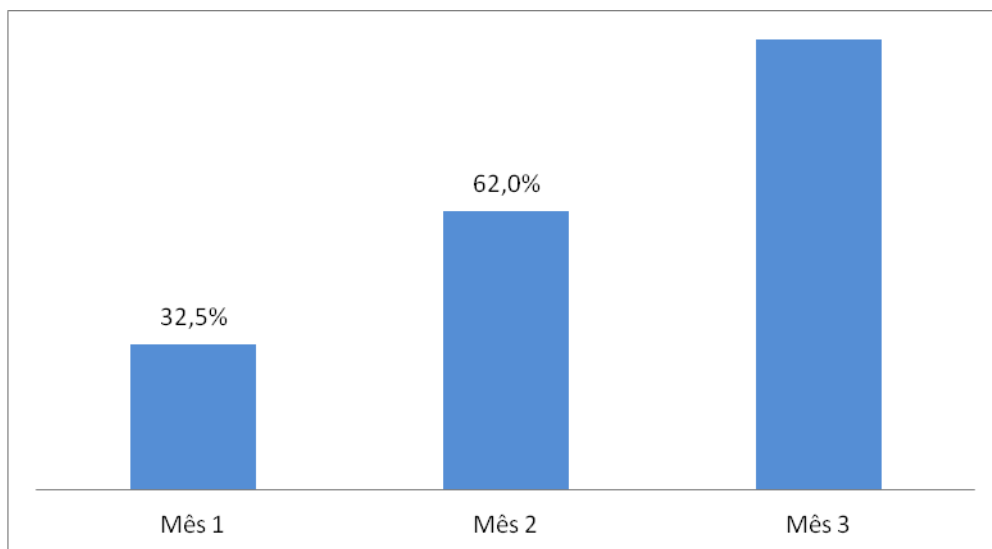


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

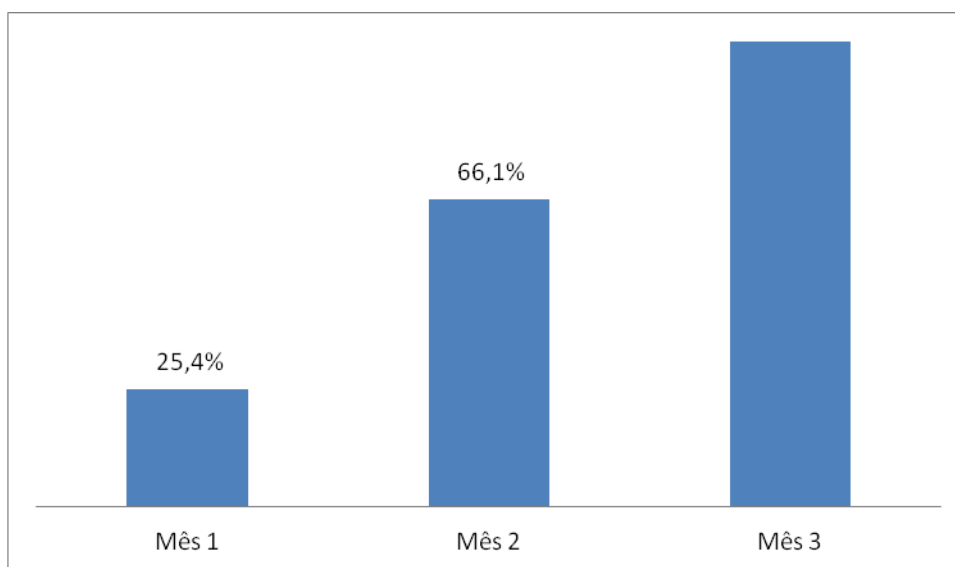


Figura 3: Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Diabetes.

O número de pessoas com HAS com exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo, no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 72 (93,5%), 139 (94,6%) e 240 (96,7%).

Em relação às pessoas com DM, no primeiro, segundo e terceiro mês, o número foi, respectivamente, 15 (100%), 37 (94,9%) e 62 (96,8%).

No primeiro mês, não atingimos as metas propostas nos usuários com HAS, devido aos erros no preenchimento da PCD, não sendo assim nos usuários com DM que se foram atingidos. No segundo e terceiro mês, os registros foram preenchidos com a qualidade requerida, se completaram as ações que faltaram no retorno do usuário à unidade e, assim, tivemos um incremento desses indicadores.

Para melhorar esses indicadores na gestão do serviço, definimos o papel que correspondia a cada profissional na realização do exame clínico apropriado em 100% desses usuários. Nós programamos e realizamos a qualificação da prática clínica para todos os profissionais da equipe, principalmente em relação a importância de realizar esse exame e a periodicidade conforme aos protocolos estabelecidos, sendo uma atividade que daremos continuidade dentro da rotina de nosso trabalho.

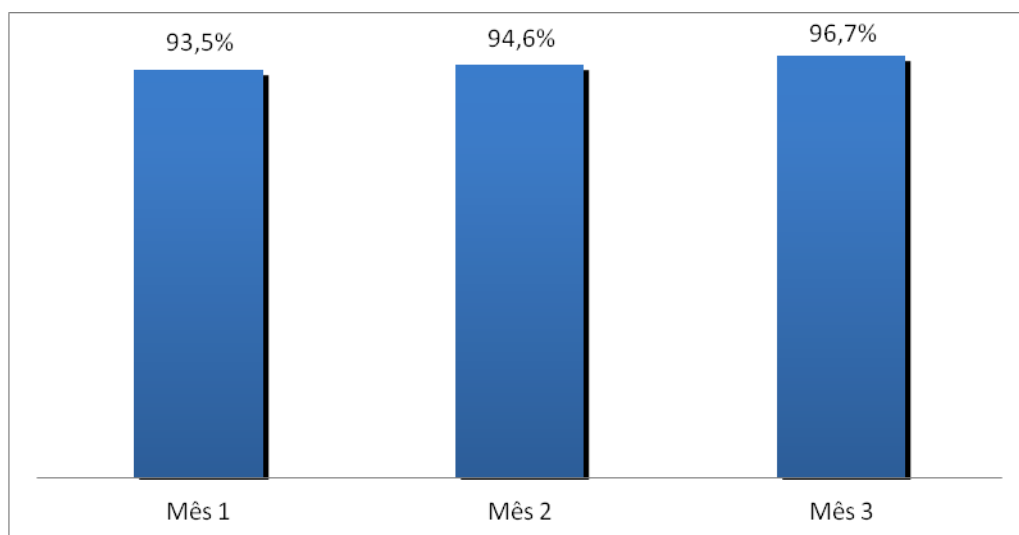


Figura 4: Proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

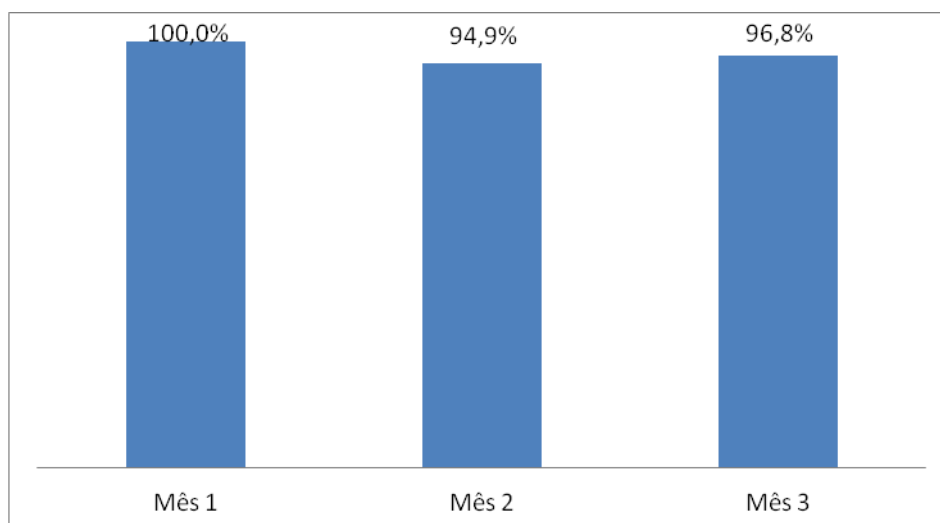


Figura 5: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com Diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

O número de pessoas com DM com exames dos pés em dia, no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 14 (93,3%), 34 (87,2%) e 57 (91,9%).

Não atingimos as metas propostas porque houve algum erro no preenchimento dos dados.

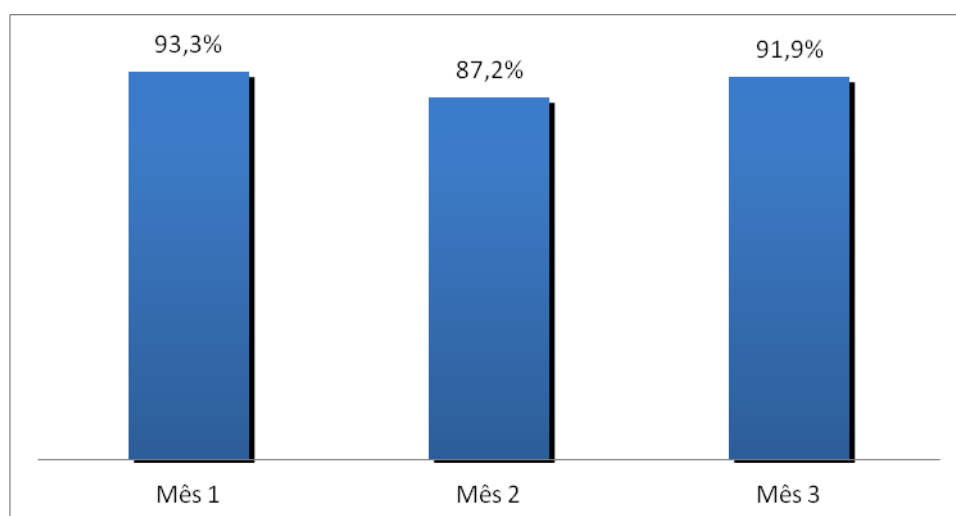


Figura 6: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.4:Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com Diabetes a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com exames complementares periódicos em dia foi, respectivamente, 56 (72,7%), 118 (80,3%) e 211 (87,9%). Quanto às pessoas com DM, o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês, foi respectivamente, 8 (53,3%), 27 (69,2%) e 50 (80,6%).

Não foi possível alcançar as metas propostas nos indicadores 2.4 e 2.5, já que contamos com um laboratório no município e a demanda é muito grande e as vezes tem acontecidos problemas técnicos com os aparelhos, parando o sistema. Um outro fator dificultador é o fato dos usuários morarem muito distante e não tem transporte para o deslocamento deles até o laboratório de exames da UBS constituindo um obstáculo tendo em conta a maiorias dos diabéticos e hipertensos são idosos.

Visando superar parcialmente esse problema, nós disponibilizamos um dia da semana para a realização dos exames sem precisar marcar, sendo mais acessível para eles. Isso possibilitou o pequeno aumento nos indicadores, mais as metas não foram atingidas.

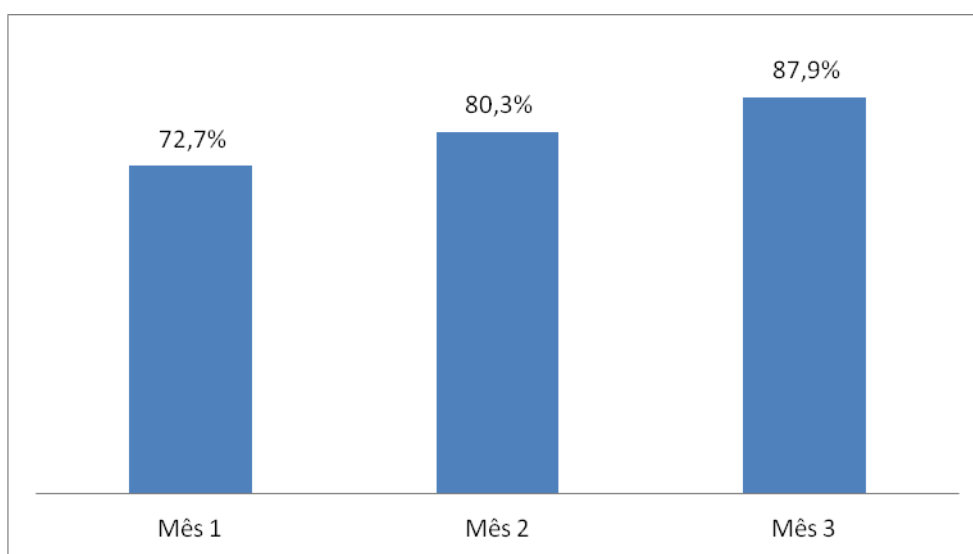


Figura 7: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

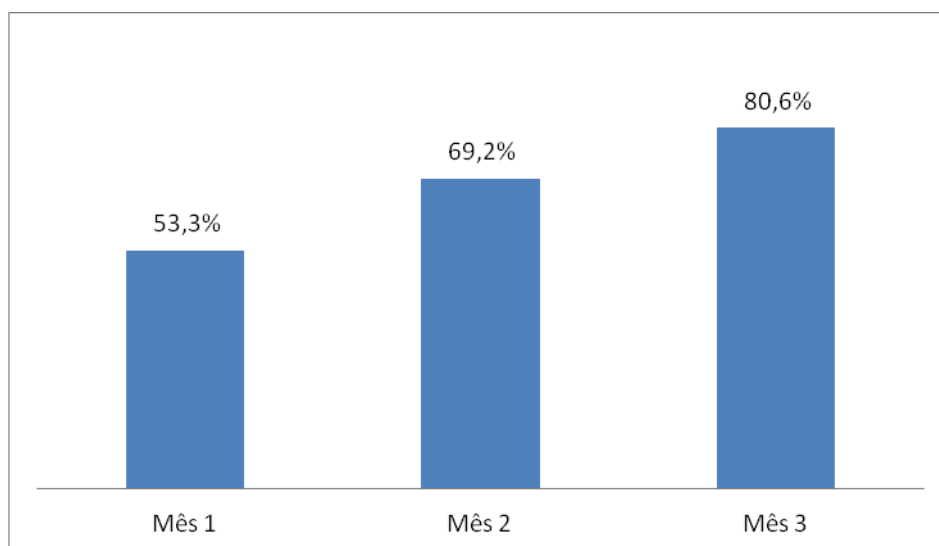


Figura 8: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com Hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com Diabetes cadastradas na UBS.

Nem todos os medicamentos utilizados pelos usuários com HAS e/ou DM são exclusivo da farmácia popular, pois muitos apresentam doenças cardiovasculares associadas a outras doenças e precisam comprar em outras farmácias, ou requerem de medicamentos combinados. Além disso, na maioria das vezes temos uma baixa cobertura de medicamentos na farmácia popular para o tratamento dessas doenças crônicas.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia foi, respectivamente, 56 (72,7%), 108 (74,0%) e 199 (83,3%), enquanto para as pessoas com DM, os números alcançados foram 11 (73,3%), 21 (53,8%) e 44 (71,0%), respectivamente,

no primeiro, segundo e terceiro mês. A meta não foi atingida pelo explicado no parágrafo anterior.

Apesar de não termos atingido as metas, observamos o aumento nos indicadores em algum os meses onde procuramos garantir os medicamentos durante os atendimentos e visitas nas comunidades, conforme a cobertura existente.

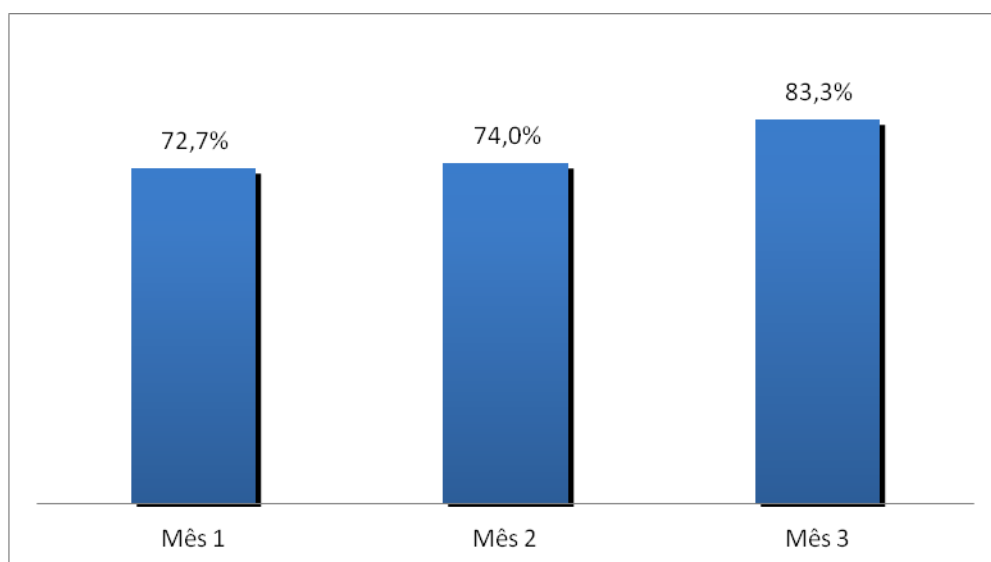


Figura 9: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

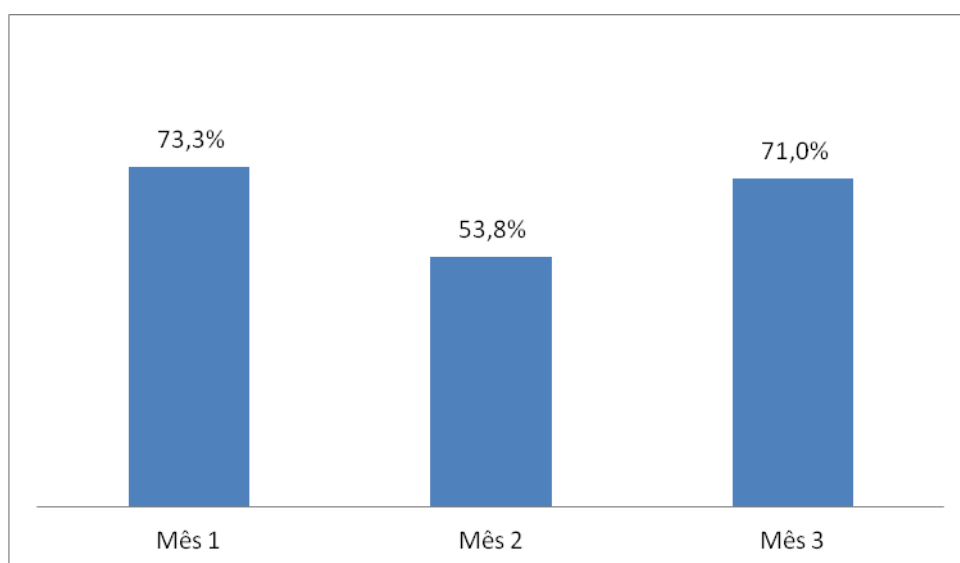


Figura 10: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.8: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com Hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com Diabetes.

Durante o primeiro mês, não se desenvolveram todas as atividades previstas. Referidas a palestras para orientações odontológicas impossibilitando alcançar a meta proposta, o que prejudicou o indicador relacionado com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, temos um equipe de saúde bucal.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi, respectivamente, 53 (68,8%), 114 (77,6%) e 207 (86,3%). Já em relação às pessoas com DM, o número atingido no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 12 (80,0 %), 28 (71,8%) e 51 (82,3%).

O aumento identificado no segundo e terceiro mês do indicador 2.8 foi devido à divulgação do programa e a incorporação das ações previstas na rotina do serviço. A participação da equipe odontológica, esclarecendo que no início do diagnostico não tínhamos equipe de saúde bucal mais depois foi inserido o mesmo facilitando nosso trabalho de intervenção.

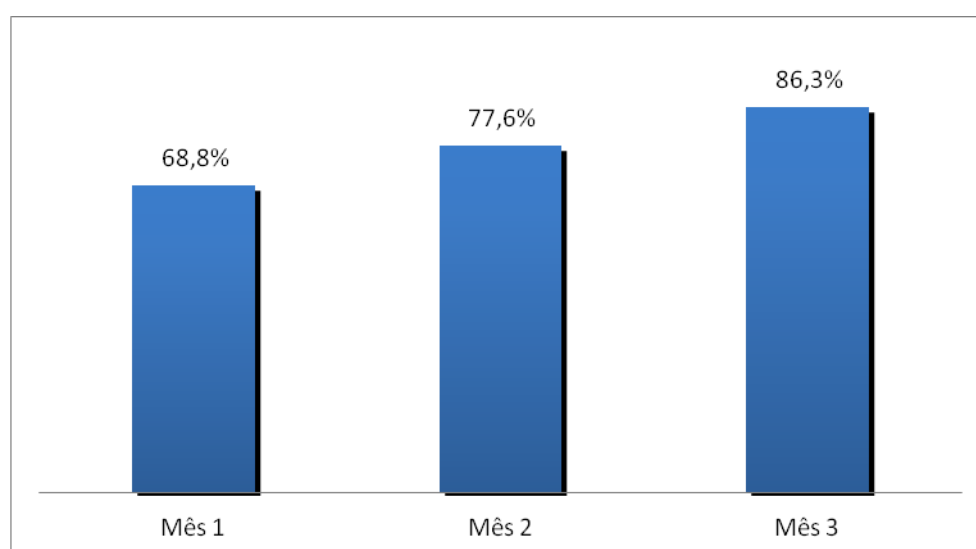


Figura 11: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

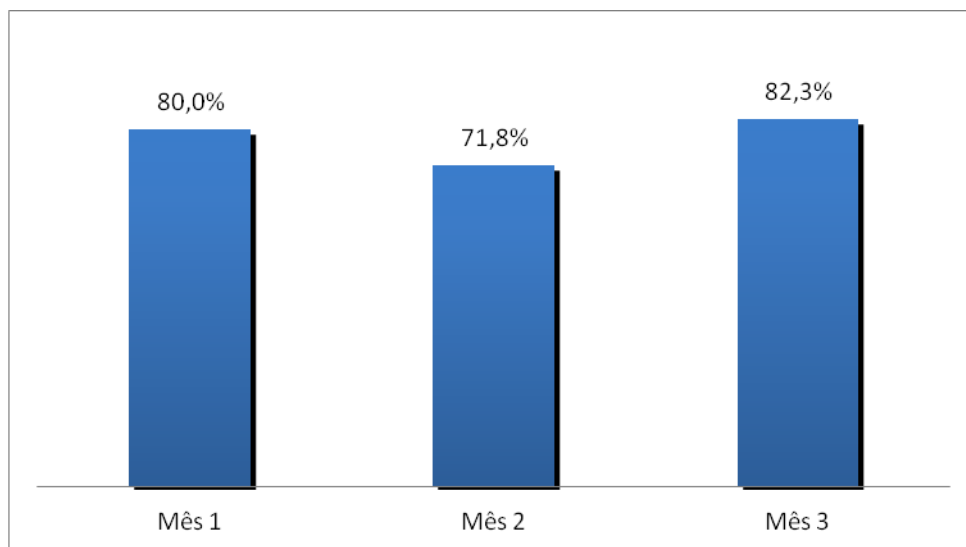


Figura 12: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com Hipertensão faltosas a consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com Diabetes faltosas a consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Em relação aos usuários com HAS e/ou DM faltosos às consultas, a equipe de saúde trabalhou no acompanhamento deles e a ação da busca ativa foi priorizada no nosso projeto. Foram visitados com sistematicidade pelas ACS para providenciar sua assistência e no caso de apresentar algum impedimento para sua assistência, se informava a equipe de saúde para fazer a visita e receber avaliação adequada e assim resgatar os usuários que precisam de atendimento. Destaca-se como elemento potencializador para o alcance desses resultados, o trabalho em conjunto de forma integrada entre os profissionais da equipe.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS faltosas às consultas com busca ativa foi, respectivamente, 11 (100%), 19 (100%) e 20 (100%). Já em relação às pessoas com DM, a meta foram atingidas nos três meses, com a realização da busca ativa em 3, 7 e 8 pessoas, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com registro adequado foi respectivamente 77 (100%), 147 (100,0%) e 240 (100,0%). Em relação às pessoas com DM, o número obtido no primeiro, segundo e terceiro mês foi 15 (67,4%), 39 (100,0%) e 62 (100,0%).

Com o trabalho realizado pela equipe de saúde diariamente, atingimos as metas propostas deste indicador. Isso foi possível, considerando o apoio da equipe e a cooperação da comunidade.

Objetivo 5: Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

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

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

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS de risco para doença cardiovascular foi respectivamente 77 (100%), 147 (100%) e 240 (100%). Em relação às pessoas com DM de risco para doença cardiovascular, o número obtido no primeiro, segundo e terceiro mês foi 15 (100%), 39 (100%) e 62 (100%).

Fizemos um grande trabalho na estratificação do risco realizando a organização do trabalho com as fichas espelho e das PCD, além da assistência dos usuários às consultas para avaliação adequada. Assim, conseguimos atingir essas metas nos três meses da intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Nesses indicadores alcançamos uma meta do 100% no primeiro, segundo e terceiro meses, respectivamente, para HAS 77 (100%), 147 (100%) e 240 (100%) e para DM também atingimos a meta proposta, com 15 (100%), 39 (100%) e 62 (100%) pessoas com orientação nutricional.

Os resultados alcançados foram graças ao trabalho em equipe e o apoio de outros profissionais da saúde os quais contribuíram com as capacitações do pessoal envolvido no processo da intervenção. É importante destacar que as atividades educativas realizadas, tais como palestras, conversas durante as consultas bem como as visitas domiciliares favoreceram o alcance desses bons resultados.

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

Meta 6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100 % dos usuários com diabetes.

Essas duas metas foram atingidas. O número de pessoas com HAS com orientação em relação à prática regular de atividade física foi, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 77 (100%), 147 (100%) e 240 (100%). Já para as pessoas com DM, o número foi 15 (100%), 39 (100%) e 62 (100%), respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

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

Meta 6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

As duas metas foram atingidas. No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com orientação sobre o risco do tabagismo foi, respectivamente, 77 (100%), 147 (100%) e 240 (100%). Já para as pessoas com DM, o número foi 15 (100%), 39 (100%) e 62 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Meta 6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

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

As atividades educativas realizadas pela equipe médica e de saúde bucal, a divulgação do programa e a organização do serviço, fizeram possível o cumprimento em 100% dos indicadores.

No primeiro, segundo e terceiro mês o número de pessoas com HAS com orientação sobre higiene bucal foi, respectivamente, 77 (100%), 147 (100%) e 240 (100%). Já aqueles com DM foi 15 (100%), 39 (100%) e 62 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

4.2 Discussão

A realização de nosso trabalho de intervenção alcançou muitos resultados positivos e o principal objetivo que era conseguir ampliar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM de nossa UBS, além de um melhor controle e qualificação da atenção à saúde desse grupo.

Nós também melhoramos o sistema de registro dos usuários, o acolhimento, exame clínico adequado e classificação do risco de ambas doenças, oferecemos ampliação de conhecimentos aos usuários e a comunidade de forma geral, principalmente sobre as complicações dessas doenças e a necessidade de avaliação e orientação na área de saúde bucal, nutricional e atividade física.

Nossa equipe de saúde ficou muito envolvida com todas as ações e foi submetida a várias capacitações, conforme as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM, as quais daremos continuidade sistemática para elevar a qualificação de todos os profissionais da saúde, dos ACS que tem um papel muito importante dentro da comunidade e são responsáveis pelo acolhimento, busca ativa dos usuários e oferecimento de orientações na comunidade e do engajamento de outros profissionais como nutricionista, educadora física, equipe de saúde bucal que participaram e apoiaram nossa intervenção.

A intervenção revisou as atribuições da equipe, priorizando a atenção à saúde a um maior número de pessoas e o envolvimento da equipe em todas as ações, fizemos adesão dos protocolo do MS para toda a equipe e profissionais da saúde da UBS, pois é uma ferramenta fundamental que deve ser usado por todos, para proporcionar qualidade dos serviços de saúde e melhorar o atendimento dos usuários.

O trabalho com o grupo dos usuários com HAS e DM foi bem desenvolvido, e contribuiu na participação ativa do grupo, usando todos os espaços comunitários para a realização de atividades educativas como palestras, roda de conversa, distribuição de matérias educativos, folhetos e outros, além da aferição da pressão arterial, peso, estatura e glicemia capilar durante os atendimentos para fazer uma avaliação adequada de cada usuário, todas estas atividades tem sido muito importantes. Além disso o serviço logrou fazer de forma sistemática os agendamentos dos usuários com HAS e/ou DM e otimizou as agendas da demanda espontânea. Houve uma grande aceitação pelos usuários com o trabalho realizado, mas ainda precisamos fazer mais para a conscientização de toda a comunidade.

Se a intervenção fosse iniciar agora acho que a equipe iria ter mais experiência. Pela importância do trabalho em equipe que facilitou o desenvolvimento adequado das atividades, fortaleceu nossos conhecimentos sobre o trabalho e estrutura e os protocolos do MS. teríamos evitado algumas dificuldades encontradas ao longo do projeto relativo ao problema com transporte. Nós também teríamos trabalhado com a população desde o início da análise situacional, priorizando ações e trabalhando na estratificação dos riscos para cada grupo, mas mesmo assim, trabalharíamos fazendo todo o esforço possível para conseguir alcançar nossos objetivos.

A equipe levou muito a sério o projeto e conseguimos trabalhar de forma integrada. As atividades foram inseridas dentro da rotina de nosso trabalho diário, as quais daremos continuidade e manteremos inserida diariamente, pois os resultados do trabalho tem sido muito bom, apesar de existir indicadores que não tiveram bons resultados. Pretendemos focar ações que interferem nesses indicadores, visando melhorá-los e dar continuidade as atividades educativas para conscientizar a população sobre as doenças, melhorar o nível de conhecimento e com isso melhorar o estado de saúde dos mesmos.

Outro ponto importante é manter nossos registros e fichas das pessoas com HAS e/ou DM atualizados para dar seguimento e monitoramento de nossos indicadores e manter avaliado o trabalho que está sendo feito na comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestores,

Nossa equipe realizou uma intervenção no programa de atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) no PS Estreito do município São João do Piauí, PI. Utilizamos os protocolos de HAS e DM do Ministério da Saúde (2013) e as atividades fizeram parte dos requisitos formativos do curso de especialização em saúde da família da UFPel e só foram possíveis, devido ao apoio da equipe e da gestão.

Nossa intervenção foi muito bem recebida por vocês, houve muito interesse e apoio em tudo o que foi necessário para a realização de todas as ações e cumprimento de nossa cronograma. A secretária de saúde mostrou todo apoio necessário para viabilização do estudo, disponibilidade para o acesso aos materiais e instrumentos que precisávamos para o desenvolvimento do trabalho, também demonstrou flexibilidade nas adequações propostas pela equipe com relação aos processos de trabalho.

Para realizar a coleta de dados e os registros necessários na qualificação da atenção à saúde do usuário com hipertensão e diabetes, foram utilizados os prontuários dos usuários, fichas de acompanhamento, registro de cadastros e as cópias da ficha espelho a ser implantada com as informações adicionais, todos disponibilizados pela gestão, também foram solicitados à Secretaria Municipal de Saúde os relatórios atualizados do SIAB.

Para a coleta de dados e obtenção dos indicadores durante a intervenção, as informações foram processadas utilizando-se as planilhas disponibilizadas pelo curso, após o preenchimento dos dados, os mesmos eram anotados e processados

para a planilha de coleta de dados, semanalmente os registros eram monitorizados e avaliados, para fazer organização e planejamento das próximas ações.

Procuramos colocar em prática os objetivos, metas e ações planejadas para modificar a realidade de nossos usuários. Objetivamos ampliar a cobertura dos usuários com HAS e/ou DM, melhorar a adesão deles, melhorar a qualidade do atendimento a eles, mapear os usuários de risco, melhorar o registro das informações dos usuários e promover a saúde com o objetivo principal de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM.

Para ampliar a cobertura da atenção às pessoas com DM e/ou HAS, o objetivo era cadastrar 90% dessas pessoas da área de abrangência. Os indicadores de cobertura atingidos foram maiores do que 100%. Acreditamos que isso pode ter ocorrido tanto devido ao esforço da equipe, mas também pelo fato de termos utilizado uma estimativa da planilha de coleta de dados, sendo que a estimativa não é o número real de nossa realidade, mas sim, um número aproximado.

Em relação ao objetivo melhorar a qualidade de atenção aos usuário com DM e/ou HAS a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários. Ao final da intervenção chegamos perto da meta, nós programamos e realizamos a qualificação da prática clínica para todos os profissionais da equipe, principalmente em relação a importância de realizar esse exame e a periodicidade conforme aos protocolos estabelecidos, sendo uma atividade que daremos continuidade dentro da rotina de nosso trabalho.

Em relação ao objetivo, melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM a meta era buscar 100% dos usuários faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Após três meses de intervenção, atingimos essa meta, principalmente devido ao apoio de toda a equipe de saúde que trabalhou no acompanhamento deles e a ação da busca ativa foi priorizada no nosso projeto. Foram visitados de forma sistemática e periódica pelas ACS para providenciar sua assistência. Destaca-se como elemento potencializador para o alcance desses resultados, o trabalho em conjunto de forma integrada entre os profissionais da equipe.

Quanto ao objetivo melhorar o registro das informações dos usuários com HAS e/ou DM, com o trabalho realizado pela equipe de saúde diariamente, atingimos as metas propostas deste indicador. Isso foi possível, considerando o apoio da equipe e a cooperação da comunidade.

Em relação ao objetivo promover à saúde dos usuários com HAS e/ou DM a meta era garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal em 100% dos usuários. Durante os três meses de intervenção atingimos 100% dessas metas.

É importante destacar que as atividades educativas realizadas, tais como palestras, conversas durante as consultas bem como as visitas domiciliares, a divulgação do programa e a organização do serviço, fizeram possível o cumprimento em 100% dos indicadores, durante os três meses.

A realidade dos resultados apresentados ao gestor de saúde, demonstrou a importância e o impacto positivo que teve o projeto e reforço o objetivo geral da intervenção de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da UBS, sendo as ações educativas e preventivas de muita relevância para a comunidade, para ajudar a minimizar riscos, complicações destas doenças e assim diminuir o número de hospitalizações por estas causas, melhorando qualidade de vida e de saúde dos usuários.

Dentro dos aspectos da gestão a ser melhorados para qualificar ainda mais os serviços e viabilização das ações deve se realizar a conclusão da UBS com todos os equipamentos necessários para oferecer um serviço de qualidade, melhorando assim a acessibilidade aos serviços de saúde pela cercania da comunidade, acrescentar a disponibilidade do quadro de medicamentos básicos para garantir na totalidade a cobertura dos medicamentos do programa de HIPERDIA e melhorar o meio de transporte da equipe de saúde para facilitar o deslocamento até as micro áreas.

Gestores, obrigado pelo apoio ofertado durante todo esse momento!

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

Nossa intervenção abordou a melhoria da atenção à saúde dos usuários com DM e/ou HAS, no PS Estreito do município São João do Piauí, Piauí. No início da intervenção, os registros específicos para os usuários com Hipertensão e diabetes estavam desatualizados e incompletos, e na medida do desenvolvimento das ações e o trabalho em conjunto da equipe de saúde conseguimos a atualização dos registros e ter o controle e a programação sistemática dos usuários com estas doenças.

As atividades educativas realizadas, como palestras, conversas e os contatos com os usuários e familiares através das visitas domiciliares e atendimentos em diferentes espaços das comunidades facilitou alcançarmos mudanças na qualidade de vida dos usuários que adquiriram conhecimentos sobre suas doenças, complicações, aprenderam como lidar com sua doença e como levar uma vida saudável. Foram debatidos vários temas entre eles: hábitos de vida saudáveis, orientações nutricionais, importância da atividade física e saúde bucal. Houve o apoio de outros profissionais da saúde, trocas de experiências e os usuários tiraram muitas dúvidas.

Além disso, mobilizamos uma grande porcentagem da população e uma participação ativa nas atividades realizadas, adquiriram conhecimentos do desenvolvimento do Programa de Hipertensão e Diabetes, da importância do rastreamento de Diabetes e da PA nas pessoas maiores de 18 anos, receberam orientações sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, a importância da necessidade de realização de exames complementares e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, além

de informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; esclarecendo aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A incorporação das atividades educativas e ações desenvolvidas no projeto foram adotadas na rotina do trabalho diário tendo uma boa aceitação pela comunidade e pelo grupo dos usuários com hipertensão e diabetes, que no início não mostrava muito interesse e na medida que desenvolvíamos o projeto, eles foram incorporando-se e familiarizando-se com as atividades as quais foram fluindo com naturalidade.

Houve melhoria no acolhimento dos usuários e na qualidade de saúde do grupo, atingimos a cobertura proposta e os resultados obtidos contribuem na melhoria da qualidade de vida e na conscientização da importância da adoção de Hábitos de vida saudáveis.

Comunidade, vocês nos ajudaram muito no desenvolvimento da intervenção por meio de sua participação ativa na realização das atividades educativas, sua disciplina, conscientização com o trabalho da equipe, cumprindo com os atendimentos programados e assistência de forma sistemática aos atendimentos nas diferentes micro áreas.

Nossa equipe precisará do seu apoio, comunidade, não apenas para dar continuidade nas ações incluídas na rotina do serviço, mas também nas próximas ações que pretendemos desenvolver, visando melhorar cada vez mais a saúde da comunidade. Assim, vocês precisam nos apoiar no seguimento das orientações de saúde oferecidas pela equipe, na sistematicidade da assistência nas consultas agendadas, no cumprimento do tratamento medicamentoso e manter continuidade e participação ativa das palestras e atividades educativas, além de fornecer-nos de informações sobre qualquer problema relacionado com saúde existente na comunidade, para planejar estratégias e realizar ações que possam resolver os problemas e melhorar a qualidade de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Sobre o processo de aprendizagem considero muito importante e de muito valor, pois enfrentamos muitos desafios e tínhamos muitas dúvidas que foram se esclarecendo na medida do desenvolvimento do trabalho.

O curso ajudou a fortalecer e acrescentar meus conhecimentos sobre atenção primária, com enfoque na estratégia de saúde da família, na prática médica e a possibilidade de autoaprendizagem a partir do trabalho sobre a realidade do serviço que atuo. Além disso, tive a oportunidade de participar e ter autonomia na solução de problemas e protagonizar geração de mudanças na equipe de saúde, conforme as necessidades da população em que atuo.

Observo que o curso foi de muita importância para a equipe, pois possibilitou a utilização dos protocolos do Ministério de Saúde que serviram de apoio para o manejo adequado dos procedimentos de saúde, além de acrescentar nossos conhecimentos para aumentar a qualificação profissional.

O curso permite o contato virtual com o orientador e colegas do curso sendo uma nova forma de ensino para mim, constituindo uma ferramenta muito importante para o conhecimento, a qualificação da prática profissional e a intervenção no serviço para melhorar a atenção de saúde.

Os aprendizados mais relevantes foram os fóruns de saúde coletiva e os casos clínicos interativos desenvolvidos durante o curso, que nos permitiam interagir com outros profissionais, trocar experiências e estimular o raciocínio clínico, além do trabalho direto e a interação da equipe de saúde com a comunidade que permitiu identificar os principais fatores de risco, doenças e problemas que atingem na população, permitindo fazer estratégias para a implantação ou melhoria de ações de

saúde incorporadas a rotina de serviço, voltadas a atender as necessidades e demandas de uma população definida para enfatizar o conceito de cobertura.

O curso enriqueceu muito a qualificação profissional com todas as atividades e as informações fornecidas, propiciou o fortalecimento do trabalho em equipe e contribuimos para melhorar o nível de conhecimento e conscientização da população sobre saúde e também melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.

_____. _____. _____. _____. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

_____. _____. _____. _____. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. Censo demográfico 2010. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=221000&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

Apêndices

Fotos



Consulta do programa de usuários Hipertensos e Diabéticos no PS



Consulta do programa de usuários de Hipertensos e Diabéticos no PS



Atendimento do usuário hipertenso na comunidade de Barreiro pertencente ao PS Estreito.



Pratica de atividade física de grupo de Hipertensos e Diabéticos da comunidade



Visita Domiciliar a usuário de hipertensão e Diabetes na comunidade Saco pertencente ao PS Estreito.



Palestra com grupo de Hipertensos e Diabéticos na comunidade Marrecas pertencente ao PS Estreito.



Palestra com grupo de Hipertensos e Diabéticos na comunidade Curtume pertencente ao PS Estreito.



Visita domiciliar a usuário com Hipertensão na comunidade pertencente ao PS Estreito.



Palestra na comunidade pertencente ao PS Estreito



Atividade com grupo de hipertensos e diabéticos na comunidade.



Equipe de Saúde realizando visitas domiciliares na comunidade Curral Velho do PS Estreito.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

The image shows a Microsoft Excel spreadsheet with a header row (row 1) containing 16 columns of indicators. The first column (A) is for patient identification, and the remaining 15 columns (B-S) are for various clinical and behavioral indicators. The data rows (rows 2-30) are currently empty, with a light green background. The spreadsheet interface includes the Excel ribbon with tabs for Home, Layout, Tables, Charts, SmartArt, Formulas, Data, and Review. The status bar at the bottom shows 'Normal View', 'Enter', and 'Sum=0'.

Coluna	Indicador	Resposta
A	Dados para Coleta	
B	Número do paciente	
C	Nome do paciente	
D	O paciente é diabético?	0- Não 1- Sim
E	O paciente está cadastrado no Programa Hiperdia?	0- Não 1- Sim
F	O paciente está fazendo as consultas de acordo com o protocolo?	0- Não 1- Sim
G	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	0- Não 1- Sim
H	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	0- Não 1- Sim
I	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	0- Não 1- Sim
J	O paciente necessita tomar medicamentos?	0- Não 1- Sim
K	Todos os medicamentos são da lista de referência ou da Farmácia Popular?	0- Não 1- Sim
L	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	0- Não 1- Sim
M	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	0- Não 1- Sim
N	O paciente realizou avaliação odontológica?	0- Não 1- Sim
O	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	0- Não 1- Sim
P	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	0- Não 1- Sim
Q	O paciente recebeu orientação sobre as FHAS de tabagismo?	0- Não 1- Sim
R		
S		
T		
U		

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
de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou de
minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulga-
vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante