

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 às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI

Orlando Cruz Martínez

Pelotas, 2016

Orlando Cruz Martínez

Melhoria da Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do 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: Marcinia Moreno Bueno

Pelotas, 2016

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

M385m Martínez, Orlando Cruz

Melhoria da Atenção Às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI / Orlando Cruz Martínez; Marcinia Moreno Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

86 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. Bueno, Marcinia Moreno, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus filhos.

Agradecimentos

É muito difícil agradecer a todas aquelas pessoas que de uma forma ou outra, ajudaram na elaboração deste trabalho. Só de pensar que poderia esquecer pôr algum nome destas pessoas, penso que não fosse justo, quando cada uma delas contribuiu a que o projeto se fizesse realidade, e dessem o melhor para sua finalização.

Longo foi o caminho percorrido para chegar até aqui, muitas foram às satisfações e também as insatisfações acontecidas dia a dia, nunca faltaram preocupações, nem sensações de não poder seguir adiante, mas com a ajuda de cada um deles, ao dizer uma palavra de alento, ressurgiam as forças e continuávamos o caminho.

Mas não poderíamos deixar de mencionar algumas pessoas como a orientadora Martha Caires que me guiou durante um longo período do curso, onde pôs todo seu empenho para conseguir que cada uma das orientações indicadas pela universidade se cumprisse da melhor forma possível; a minha atual orientadora Marcinia Moreno Bueno que não tem deixado por um instante de me orientar, de fazer correções ortográficas, colaborar com sua ajuda incondicional, pelo seu incentivo e paciência, sem os quais o presente trabalho não teria sido possível.

À gestão do município por ter-me apoiado na realização da cada uma das atividades programadas. A meus filhos Claudia e Carlos Raul que são minha fonte de inspiração para cada dia seguir adiante. A todos meu agradecimento eterno.

Resumo

MARTÍNEZ, Orlando Cruz. **MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E DIABETES MELLITUS NA UBS JOSÉ FRANCISCO FONTES, IPIRANGA DO PIAUÍ, PI.** 2016. 84fs. 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.

Com o progressivo envelhecimento populacional as doenças crônicas não transmissíveis tem se tornado as principais causas de morbimortalidade no Brasil. As doenças crônicas em estágios avançados provocam uma série de sintomas físicos e psicológicos que reduzem significativamente a qualidade de vida das pessoas acometidas com tais doenças, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, provocando grandes perdas principalmente funcionais. Devido à baixa adesão de usuários para o rastreamento e controle destas doenças crônicas, os indicadores eram de baixa qualidade na unidade. Com o objetivo de Melhorar a Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, estado do Piauí, pensamos que seria necessário trabalhar na prevenção destas doenças e melhorar esta ação programática. Assim foi realizado no período compreendido de setembro a dezembro do ano 2015, nosso trabalho de intervenção. A estrutura da unidade onde foi realizada a intervenção, podemos dizer que conta com condições deficientes, bem longe da apresentada pelo Ministério da Saúde, os locais são pequenos e condições mínimas indispensáveis para realizar consultas e outras atividades planejadas com a população da área. Na área de abrangência, há um total de 1171 usuários, 785 na faixa etária de 20 anos e mais, 183 pessoas tiveram o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (80,3%) e oito de Diabetes Mellitus (12,3%). Os dados dos usuários foram registrados na ficha espelho, prontuários e na planilha de coleta de dados com a finalidade de cadastramento, acompanhamento e cálculos dos indicadores. Para atingir as metas propostas, foram desenvolvidas as ações planejadas nos quatro eixos programáticos: Monitoramento e Avaliação; Organização e Gestão do Serviço; Engajamento Público e Prática Clínica. Com a realização da intervenção, mesmo sem atingira meta proposta de 100% de cobertura de nossa população alvo, consideramos ter realizado um bom trabalho, na maioria dos indicadores de qualidade atingimos 100%, como a indicação e avaliação de exames complementares, a realização de exame clínico, tendo incluído a estratificação do risco cardiovascular; melhora dos registros das informações. Além disto, promover a saúde relação a orientações nutricionais, as vantagens da prática de exercícios físicos, os riscos do tabagismo e a higiene bucal. À intervenção permitiu que o trabalho da equipe fosse mais integrado, aumento o nível de conhecimentos relativos ao diagnóstico, tratamento e controle destas doenças. O impacto da intervenção para a comunidade foi muito grande, através das palestras e outras atividades realizadas, conhecer o comportamento dos riscos, a forma de evitar complicações e como melhorar sua saúde. Após o desenvolvimento da intervenção a ação programática, ficou integrada na rotina de trabalho do serviço.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de Cobertura do programa de atenção à hipertensão Arterial sistêmica na unidade básica de saúde.	53
Figura 2	Gráfico de Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade básica de saúde.	54
Figura 3	Gráfico de Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.	57
Figura 4	Gráfico de Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.	58
Figura 5	Gráfico de Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	59
Figura 6	Gráfico de Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	60
Figura 7	Consulta de avaliação na unidade de saúde Canto	78
Figura 8	Palestra sobre benefícios da prática de exercícios físicos comunidade canto.	78
Figura 9	Capoterapia em usuários com hipertensão e diabetes em Tapera de Machado.	79
Figura 10	Prática de exercícios físicos em usuários com hipertensão e diabetes comunidade de jardim.	79

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde.
APS	Atenção Primária de Saúde.
CAP	Caderno de Ações Programáticas.
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
DM	Diabetes Mellitus.
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HPP	Hospital de Pequeno Porte.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
PCD	Planilha Coleta de Dados.
PI	Piauí.
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
SIAB	Sistemas de Informação da Atenção Básica.
TQC	Teste de Qualificação Cognitiva.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística	45
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	51
5 Relatório da intervenção para gestores	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	74
Referências	76
Apêndices	77
Anexos	80

Apresentação

O seguinte trabalho é uma exposição das atividades que foram desenvolvidas durante a realização do curso de especialização em saúde da família.

O relato do processo de trabalho esta composto por secções, contendo vários epigrafe em cada uma destas, desenvolvidos ao longo de todo o curso, os quais são: Análise Situacional, Análise Estratégica - Projeto de Intervenção, Relatório da Intervenção e Avaliação da Intervenção.

A primeira unidade apresenta a Análise Situacional da unidade básica de saúde (UBS) José Francisco Fontes, que conta com um texto sobre a situação dá ESF/APS, o Relatório dá Análise Situacional, e um comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório dá Análise Situacional.

Na segunda unidade dentro da Análise Estratégica for abordada a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção.

A terceira unidade mostra o relatório da intervenção, integradas pelas ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e a sistematização dos dados, bem como a análise da viabilidade de incorporação das ações ao serviço.

Posteriormente na quarta seção foi descrita a avaliação da intervenção, na qual são apresentados os resultados, e a discussão.

Na sequência encontraremos o relatório da intervenção para os gestores, para comunidade, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, e por último a bibliografia utilizada na elaboração do trabalho, os apêndices e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Encontro-me cadastrado na UBS José Francisco Fontes localizado na zona rural do Município Ipiranga do Piauí, ademais de realizar consultas e atividades em três Unidades de saúde também em comunidades do interior do município, as que conformam minha área de ação e trabalho, sobre a estrutura das Unidades Básicas de Saúde podemos dizer que são locais pequenos que têm as condições mínimas indispensáveis para realizar consultas e outras atividades planejadas com a população da área, duas delas incluindo a UBS na qual me encontro cadastrado encontram-se em processo de remodelação neste momento, e as outras duas restantes, apresentam uma pequena sala de recepção para os usuários, onde se realizam as atividades de promoção e prevenção de saúde, uma consulta médica, uma de enfermagem, uma odontológica e um banheiro.

As condições estruturais são deficientes, os tetos não tem forro, a iluminação não é boa, não há acesso para as pessoas com incapacidade motora, há barreiras arquitetônicas que impedem o fluxo normal deste tipo de usuário à Unidade Básica de Saúde. Pensando em todas as dificuldades estruturais que apresentam estas unidades de Saúde, minha equipe de trabalho está bem consolidada, se realizam todas as atividades planejadas pela equipe e as sugeridas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município. Realizamos rastreamento à gestantes, puericultura, atenção a grupos prioritário como diabéticos e hipertensos e o restante das atividades de prevenção e promoção de saúde. Além disso, temos problemas com os medicamentos, em algumas ocasiões não existem na farmácia e os usuário tem que comprar nas farmácias da rua, assim como a realização de exames de laboratório os quais demoram em marcar entre 15 e 30 dias e depois o resultado com igual tempo, também as Inter-consultas com outras especialidades são demoradas pela falta de vagas no município.

As patologias mais frequentes são as doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão, assim como doenças do sistema ósseo-mio articular, 100% da população é rural com um nível socioeconômico e cultural muito baixo. A UBS conta com um total de 334 famílias a maioria com maus hábitos higiênicos que favorecem

o aparecimento de enfermidades parasitárias e infectocontagiosas. Apesar de todas as dificuldades a comunidade sente-se satisfeita com a atenção oferecida pela equipe de saúde, existe uma boa comunicação entre os representantes da comunidade e os integrantes da unidade de saúde, dispostos sempre ajudar nos problemas que se apresentem e tramitar a outros níveis as problemáticas para que estas possam ter solução e ofertar uma melhor atenção a nossa população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Ipiranga do Piauí se encontra localizado na região centro-sul do estado do Piauí, a 256 km de distância da capital (Teresina). O município conta com uma extensão territorial de 527,7 km², a qual faz parte de um grupo de municípios que compõem a microrregião de Picos conhecidos como Vale do Guariba, pertencendo à 9ª Regional de Saúde do Estado. O município limita ao norte com o município da Inhumas; ao sul, com Dom Expedito Lopes e São João da Varjota; a leste com São José do Piauí e Santana do Piauí; e a Oeste, com o município de Oeiras.

Possui uma população de 9.326 pessoas, segundo os dados do IBGE (2010), 4.600 pessoas são do sexo masculino, representando 49,32% da população e 4.726 do sexo feminino, correspondendo a 50,68%, existindo uma pequena diferença entre o sexo masculino e feminino. No município atuam cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), das quais, duas ficam na área rural do município e três na zona urbana, distribuídas em quatro UBS. As cinco equipes integram o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB). Contamos com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), integrada por serviços de nutrição, psicologia, fisioterapia e educação física, além de um departamento de fisioterapia onde oferecem diversos tratamentos, neste está integrado por três profissionais que fazem os tratamentos, assim como realizamos atenção domiciliar para pessoas que precisam do serviço e encontrem acamadas sem conseguir vir até o departamento para receber o tratamento o fazer consulta, o serviço é realizado durante toda a semana.

Também dispõem de um Hospital de Pequeno Porte (HPP), que atende as emergências de baixa complexidade, usuários que procuram de forma espontânea, assim como os encaminhamentos feitos por outros profissionais de usuários que apresentem algum problema e não podem ser resolvidos na UBS. No município não

tem disponibilidade de atenção especializada, não conta com especialidades básicas e os usuários que precisem destas, tem que ser encaminhados para o Hospital Regional em Picos ou para Teresina. Outro aspecto de muita importância e debilidade em nosso município é a não existência de serviços de laboratórios para a realização de exame, microbiológicos ou clínicos, as amostras são coletadas e analisadas posteriormente nos laboratórios da região de Picos, da mesma forma são realizados e marcados os exames radiológicos e quaisquer outros que sejam necessários fazer, além de limitados em números, os usuários precisam aguardar pelas vagas ofertadas ao município que de forma geral são poucas.

A UBS José Francisco localiza-se na zona rural do município do Ipiranga do Piauí. A Estratégia Saúde da Família (ESF) está composta por outras três unidades, nas quais demos assistência e forma parte do universo de trabalho, todas juntas contemplam nossa área de atuação. Duas destas se encontram em processo de reconstrução e as outras duas têm as mesmas características e similaridade, assim como estrutura e funcionamento. Nesta tem como modelo de atenção a ESF, a equipe é formada por um médico clínico geral, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um auxiliar em saúde bucal, quatro técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e quatro auxiliares de serviços gerais. Tem vínculo com a universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Picos - PI, por meio do projeto de extensão “Apoio institucional na Atenção Básica”, desenvolvido pela secretaria municipal de saúde. Também contamos com o apoio do NASF o qual está integrado por um assistente social, um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo e um profissional de educação física.

A UBS possui uma estrutura física muito distante dos critérios exigidos pelo Ministério da Saúde (MS); é uma unidade básica que tem 25 anos de construída, possui uma pequena sala de recepção, com cadeiras inapropriadas aos usuários, onde se encontra um arquivo para guardar os prontuários dos quais são organizados por famílias; os ambientes são ventilados com janelas que permitem a circulação do ar, mas a iluminação artificial é ruim. Os tetos dos ambientes não estão forrados, as portas, janelas e pisos são laváveis, exceto das paredes; os consultórios tem um tamanho adequado, só alguns ambientes têm sinalização visual através de textos e figuras, assim como a quantidade de ambientes são escassos, o que impossibilita em ocasiões cumprir com as atividades programadas, além disto, não existe ambiente para sala de vacinas, nebulização, medicamentos, curativos, onde todos

estes ambientes, são muito necessários na UBS para desenvolver todas as atividades à população. Há limitação na forma de chegada dos usuários à UBS, não existem rampas e corredores para usuários com deficiências visuais e motoras, tendo que ser assistidas por outras pessoas ou seus acompanhantes. Todas estas limitações e necessidades descritas ocasionam insatisfações para a população como também a nossa equipe de trabalho, impossibilitando dar uma melhor assistência.

Outras das principais deficiências que atrapalham o desenvolvimento do trabalho na UBS estão relacionadas à disponibilidade e abastecimentos dos medicamentos do antigo programa HIPERDIA, onde a maioria dos fármacos não há na UBS e aqueles que existem, encontra-se em quantidades insuficientes, ocasionando muito desconforto na população, provocando que os usuários tenham que viajar até a Secretaria de Saúde, na cidade, para adquirir seus medicamentos; também não há disponibilidade de equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática, os profissionais da equipe não podem fazer pesquisas, estudar, pois não temos conexão com internet. Além disso, a UBS não possui câmeras filmadoras e fotográficas, projetor de slides, gravador de som, caixa de som, entre outros equipamentos que nos daria a possibilidade de que as palestras e atividades coletivas tenham melhor qualidade, questão que afeta também aos usuários e ao resto do pessoal da UBS.

Não existe um sistema de manutenção e reposição do mobiliário, equipamento e instrumentos. O material de consumo tem abastecimento de forma regular e estável; não temos um laboratório clínico, a maioria dos exames é marcado no início do mês na secretária de saúde e as vagas que tem, são por convênios com laboratórios de outros municípios, são muito poucas e existe muita demora na marcação, assim como receber os resultados, trazendo demora em corroborar um diagnóstico e tomar conduta terapêutica.

Não existe prontuário eletrônico, bem como alguns dos livros e protocolos que permitem a atualização e o manejo de algumas doenças pouco conhecidas. Apesar de existir na UBS uma má estrutura física necessária e de vital importância para o bom desenvolvimento das atividades, a maioria dos materiais de consumo, instrumentos, se encontram em quantidades suficientes, o que alivia o descontentamento da população. Apesar de todas estas dificuldades descritas nossa equipe de trabalho cumpre com seu horário e dá o melhor para que nossa

população se sinta satisfeita com a atenção que realizamos. Penso que nossa primeira prioridade é fazer que se terminasse a reconstrução da UBS, por isso nas reuniões mensais realizadas na secretária municipal de saúde, não deixamos de mencionar estas necessidades que limitam a realização e o bom desempenho de nosso trabalho.

Apesar de a estrutura precária da UBS, a equipe de saúde da família, realiza as ações que tem que ser desenvolvidas, como se trata na portaria nº 2488, entre elas conhecer a realidade das famílias pelas quais somos responsáveis; identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento feito nas reuniões da equipe, em aqueles usuários que necessitam receber cuidados domiciliar; garantir encaminhamento para outros níveis do sistema de saúde para os casos que necessitam de internação hospitalar, ou atendimentos por outras especialidades; participar e organizar atividades de grupos em educação para a saúde; assim como atividades para o fortalecimento do controle social e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Penso que para nossa equipe de trabalho é uma fortaleza dar cumprimento as atribuições descritas pelo ministério, onde todos participam das reuniões mensais nas quais fazemos discussão de casos, o cronograma de trabalho do mês, para desta forma garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de nossa comunidade.

A população de cobertura de nossa área está composta por um total de 1171 habitantes, delas 609 corresponde a sexo feminino e 562 masculino. Não temos como mostrar a composição de nossa população por faixa etária, porque não temos os dados disponibilizados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). No mês de Outubro do ano 2014 foi feita uma redistribuição da força de trabalho na secretaria de saúde e nossa equipe teve uma perda de dois trabalhadores, trouxe uma redistribuição da população da zona de abrangência, não trazendo dificuldades no desenvolvimento das atividades programadas pela equipe, mas afetou consideravelmente a estrutura da UBS. A população é pequena, mas a área de abrangência é muito grande, não podem ser oferecidos todos os serviços que devem ser realizados na UBS, os usuários tem que ir para a cidade a receber os serviços que precisam. Na área tem um total de 334 famílias distribuídas entre os ACS, tendo assim um melhor controle e acompanhamento.

Na UBS José Francisco Fontes, a estrutura é ruim, não temos cadeiras, somente bancos de cimento, muito incômodos e não tem balcão; a UBS é muito pequena, faz muito calor durante todo o dia. Apesar disto, buscamos realizar um bom acolhimento na sala de recepção, os usuários são escutados e encaminhados pela técnica de enfermagem, enfermeiro ou ACS, que permanecem indistintamente na sala de recepção e encaminham para o profissional que está atendendo (medico ou enfermeiro). A demanda espontânea é atendida pelos profissionais todos os dias, não temos excesso e nem limite para os atendimentos durante o dia.

Em relação à saúde da criança, temos 62 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses na área de abrangência. O Caderno de Ações Programáticas (CAP) estimou 17 crianças menores de um ano, estão cadastradas e acompanhadas na UBS 11 crianças, das quais, 100% recebem diferentes ações, como visita domiciliar tanto ao recém-nascido como a sua família, orientações sobre a realização do teste do pezinho até sete dias de nascido, a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias assim como as demais consultas subsequentes de puericultura de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Quanto aos indicadores de qualidade podemos referir que apesar de cumprir com o programa de consultas propostas, temos que realizar um trabalho intenso com as mães das crianças para assistência e as consultas, tem muitas que cumprem com as orientações dadas pelos profissionais de saúde, mas também um número importante que não faz o mesmo. Considero que nossos principais problemas estão dados na realização da triagem auditiva, em nosso município não se realiza e não tenho conhecimento de que exista coordenação para sua realização no hospital regional ao qual estamos alocados pelo estado regional da saúde, outro problema está na realização do exame bucal, a assistência às consultas planejadas com odontologia são muito baixas.

Melhorar o registro de atividades realizadas no programa de saúde as crianças conforme propõe o MS, é uma questão que precisamos trabalhar, procurando com isto, maior volume de informação que nos permita acionar sobre aqueles problemas que se possam apresentar e trabalhar sobre eles, para conseguir um melhor seguimento e qualidade da atenção à saúde da criança, por meio de palestras e encontros para falar e orientar sobre alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento do bebê, cumprimento e importância do esquema de vacina, sobre risco de acidentes, já que, em consultas subsequentes, avaliamos que as

medidas orientadas não forem cumpridas, pelo que devemos de aumentar mais a vigilância e fazer do programa de saúde da criança um marcador de qualidade no trabalho de nossa UBS.

A atenção ao pré-natal e puerpério se comporta de forma satisfatória, temos em nossa UBS oito gestantes, do total de 11 estimadas pelo caderno de ações programáticas (CAP), todas cadastradas e com acompanhamento pelos profissionais da UBS. Diversas ações são desenvolvidas pelos integrantes da equipe, de forma individual ou coletiva realizadas nas palestras e grupos de gestantes. A população, por ser rural e ficar longe da cidade, dá-nos a vantagem, que possamos cadastrar e acompanhar 100% das gestantes; quanto aos indicadores de qualidade da atenção, o pré-natal foi iniciado no primeiro trimestre para 100% das gestantes, a consulta em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, assim como a solicitação dos exames na primeira consulta e as vacinas conforme protocolo, eu acho que nossa maior dificuldade está na realização do exame ginecológico, não contamos com uma UBS que tenha uma estrutura adequada para realizar este exame, só em outra UBS contamos com as condições mínimas indispensáveis, daí apenas 75 % das gestantes consegue realizar o exame ginecológico, outro ponto negativo é a demora na realização e posterior avaliação dos exames indicados, o município não conta com um laboratório que permita a rápida realização para sua posterior avaliação e a tomada de conduta orientadora ou terapêutica em cada caso, além de não poder-se realizar em cada um dos trimestres como está protocolado. Em relação ao puerpério, a realidade não é diferente a relatada na atenção ao pré-natal, das 11 puérperas estimadas pelo CAP, 100% com sua consulta puerperal realizada, assim como receberam orientações sobre cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno e realização do exame das mamas, embora tenha realizado o cadastro às puérperas dentro do tempo estimado, em visitas domiciliar, a assistência à consulta na unidade de saúde é difícil pela distância que fica da unidade de saúde, sendo nosso principal problema, bem como a realização de um bom exame ginecológico pelas condições estruturais que têm a UBS, somente 64% foi realizado.

Atualmente existem duas puérperas na área. Penso que a qualidade do atendimento de forma geral poderia ser melhor, se não fossem os problemas de estrutura e de ausência de um laboratório, sendo estes nossos principais problemas, e que afeta de forma direta e indireta o processo de trabalho, acho que temos que

insistir para que sejam melhoradas as condições estruturais e de trabalho da UBS, questões nas quais nossa equipe básica de trabalho tem que trabalhar mais, assim como procurar alternativas de forma colegiada com este grupo atenção, para conseguir uma maior e melhor qualidade das consultas e seguimento as nossas gestantes e puérperas.

Em relação ao Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama, podemos dizer que na UBS realizamos diferentes ações de controle, como atividades de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Com relação ao câncer de colo de útero, o registro existente permitiu preencher o CAP, temos um total de 270 mulheres cadastradas, das 275 que foram estimadas no caderno de ações programáticas, não temos muita diferença quanto aos números estimados e o real, no grupo alvo. Se analisarmos a qualidade dos indicadores, observamos que apesar de ter uma boa cobertura das mulheres cadastradas na faixa etária que compreende o programa, ainda estamos muito distantes de resultados satisfatórios. Identificamos ao fazer uma revisão do registro, que nos últimos três anos 29% (77) das mulheres cadastradas têm seu exame em dia e 193 com mais de seis meses de atraso na realização do exame.

Não temos exames positivos em nossa UBS, 93% recebe orientações sobre prevenção desta patologia e sobre doenças de transmissão sexual. Para realizar a coleta do exame não temos um dia específico, é feito uma vez por semana, um dia é suficiente; nosso principal problema, que precisamos trabalhar melhor, é o preconceito de não realizar o exame se o profissional for homem. Um importante número destas mulheres realiza sua prevenção fora de nossa UBS e regressam à consulta para mostrar seu exame, ainda outras se negam a realizar.

Penso que o trabalho educativo é conseguir convencer às mulheres da importância de realizar a prevenção, eliminar os preconceitos e realizar o exame com nossos profissionais, são uma das tarefas principais, nas quais temos que aprofundar e melhorar nosso programa. Acredito que devemos pesquisar em 100% das mulheres para corroborar se o exame foi realizado e está em dia, isto nos daria conhecimento da realidade existente e os números mostrados podem ter uma melhoria. Penso que mais promoção e educação, assim como melhorar o registro das ações realizadas, podem implicar a um melhor trabalho e organização do programa, o que traz consigo, uma melhor atenção e seguimento a este grupo populacional.

Com relação à prevenção de câncer de mama podemos dizer que mesmo tendo registros com a possibilidade de preencher o caderno de ações, não há todos os dados, foi necessário pedir informação aos ACS, que têm seus registros individuais; a estimativa de mulheres na faixa etária foi de 86, temos cadastradas 89. Ao realizar análise do comportamento dos indicadores do programa, podemos dizer que a cobertura é boa, mas os indicadores de qualidade nem tão bons. Apenas 67% das mulheres realizaram uma monografia no último ano, pensamos que o principal e maior problema é devido ao fato de que em nosso município não existe mamógrafo para a realização do exame, depende do agendamento realizado pela secretaria de saúde, com o município ao qual estamos conveniados para a realização destes exames.

Quando a secretaria de saúde comunica que temos vagas para realizar o exame, os ACS, pelos seus registros, informam as mulheres compreendidas na faixa etária e preenchemos a solicitação. Felizmente o município garante o transporte e não enfrentam dificuldades para se deslocar e realizar o exame. O número de vagas é reduzido, o que dificulta o acompanhamento e seguimento de 100% das mulheres. Além do rastreamento organizado, indicamos a realização deste exame de forma oportuna quando as mulheres chegam à consulta, mas muitas vezes demoram mais de dois meses para marcar, corremos o risco de não fazer um diagnóstico oportuno da patologia.

Outro dos problemas encontrados é a falta de registro com dados necessários para fazer um diagnóstico da situação que temos na área e poder discutir sobre eles. Ampliar a cobertura, melhorar os registros e aumentar o trabalho educativo diariamente, tem a possibilidade em primeiro lugar, prevenir e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer; são estas as principais ações para o confronto ao câncer de colo de útero e de mama, aperfeiçoar o rastreamento destas patologias, tem que se tornar uma tarefa do dia a dia em nossas consultas, para assim diminuir a morbimortalidade por estas doenças que afeta cada dia mas a Brasil e ao mundo.

Em relação à atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica, podemos dizer que também realizamos ações, como a organização dos registros, a realização de atividades de grupo, o planejamento das atividades, avaliação, consultas do HIPERDIA, assim como diversas atividades de promoção e prevenção.

Os nossos registros permitiram o preenchimento dos dados solicitados no caderno de ações programáticas. Quando realizamos análises em relação ao número de usuários com diagnóstico de HAS em maiores de 20 anos, podemos dizer que a estimativa para nossa população, foi de 228 usuários e o número cadastrado pela equipe da UBS é de 178 pessoas com HAS, o que representa 78.0% da população estimada, se realizar uma pesquisa ativa de todos os adultos compreendidos entre a idade de 20 anos e mais, poderá ter um número maior que estão sem diagnóstico de HAS na área da UBS. Levamos em conta que algumas pessoas apresentaram HAS, em algum momento de sua vida, lhes foi indicado um tratamento por um período de tempo e ao ser controlado, pensaram que estavam curadas, deixaram de ser portador da HAS, não precisando tomar medicamentos ou de realizar um tratamento não medicamentoso, baseado em a dieta, prática de exercícios físicos e estilo de vida saudável. Este é um dos pontos que nossa unidade tem que trabalhar para conseguir atingir ou aproximar as estimativas propostas, em relação a esta doença. Ao realizar uma avaliação da cobertura da atenção a HAS, podemos dizer que 100% dos usuários com diagnóstico, estão cadastrados e com acompanhamento em nossa UBS, o CAP estima um número maior de usuários; os indicadores de qualidade não são os esperados, não existe uma sistematização na assistência a consulta clínica, 42 dos usuários estão com consulta agendada em atraso em mais de sete dias (24%) e 135 dos usuários estão com exames em dia (76%).

Quanto à Diabetes Mellitus (DM) de igual forma nosso registro permitiu preencher o caderno de ações programadas. Ao realizar uma análise das estimativas, está muito distante de nossa realidade, onde foram estimadas 65 pessoas e somente temos oito (12.3%) usuários na faixa etária de 20 anos e mais, todos estão cadastrados e acompanhados pela equipe de trabalho da UBS, tendo uma diferença de 57 usuários. Quanto a indicadores de qualidade, 38% estão com mais de sete dias de atraso na consulta. Conseguimos realizar 63% de algumas ações, como do exame físico e sensibilidade dos pés, pulsos tibial posterior e pedioso. Há uma grande diferença entre os números de pessoas com DM estimado pelo CAP e o número real de cadastrados pela equipe da UBS, o rastreamento será mantido para identificar novos casos.

Fazendo uma análise dos aspectos do processo de trabalho em nossa UBS, com estes dois grupos, podemos dizer que oferecemos consulta para usuários com

HAS e DM, em três quadrimestres do ano; temos a população distribuída da forma que os usuários sejam avaliados três vezes ao ano, realizando verificação da tensão arterial, cálculo do índice de massa corporal, medida da circunferência abdominal, bem como adesão ao tratamento, com a entrega de medicamentos ou renovação das suas receitas, quando necessário, em caso da não existência da medicação na UBS.

As consultas se realizam uma vez por semana somente em um turno de trabalho, aproveitando este espaço para a realização de atividades de educação em saúde, como orientação de hábitos alimentares saudável, controle do peso, estímulo à realização de atividades físicas, evitar o consumo de substâncias nocivas à saúde como o cigarro e o álcool. Temos o apoio da equipe do NASF de nosso município, onde são realizadas consultas de nutrição e psicologia, caso estejam precisando. Penso que um de nossos principais problemas, para dar melhor atenção na consulta e seguimento dos usuários com hipertensão e diabetes, é a falta de um laboratório, onde os exames complementares indicados, demora na marcação, bem como as consultas em outras especialidades necessárias para o controle deste grupo como é o caso de oftalmologia. Fazendo um resumo podemos dizer que melhorando o sistema de registro e controle, fazendo pesquisa ativa de casos, e melhorando as atividades de educação em saúde, podemos ofertar um serviço de maior e melhor qualidade a nossos usuários.

Com relação ao programa de saúde à pessoa idosa, podemos dizer que muitos deles são atendidos nas consultas junto aos usuários com HAS e DM, nas visitas domiciliares, aqueles que possuem alguma doença com invalidez, se encontrem acamados, não possam ir até a UBS; algumas destas ações, tem a ver com atividades de prevenção e promoção em saúde, como a prática de exercícios físicos, hábitos dietético saudáveis, redução de peso corporal, atenção à saúde do homem com palestras sobre a prevenção do câncer de próstata entre outras ações, de forma individual realizadas nas consultas. As ações realizadas pela UBS com este grupo populacional são semelhantes às realizadas aos usuários com HAS e DM. Nossos registros permitiram o preenchimento do caderno de ações programáticas, fazer uma análise da estimativa proposta e o real número que temos na área da nossa UBS.

Podemos dizer que o número de idosos cadastrados e acompanhados por nossa equipe na área é de 156 usuários, maior do que a população estimada de 121

pelo CAP; contamos com uma população envelhecida. Fazendo uma avaliação da cobertura de atenção a este grupo etário, podemos dizer que ainda temos cadastrado e em acompanhamento, 100 % dos usuários; temos que melhorar os indicadores de qualidade deste programa, se sinalizarmos que 84.61% destes tem sua consulta em dia, bem como orientações para a prática de exercícios físicos e hábitos nutricionais saudáveis, e com relação ao atendimento odontológico, somente 72 usuários têm avaliação no último ano, temos que ir na busca destes usuários faltosos a consulta e realizar ações que tenham como objetivo favorecer prática de atividades físicas, assim como a prevenção de quedas, riscos de acidentes e aparecimento de doenças crônicas e suas complicações.

Fazendo uma análise da saúde bucal, podemos dizer que a capacidade instalada para prática clínica é insuficiente se falamos que os atendimentos são poucos, não cobrem as demandas de nossa população; a equipe de odontologia esta composta por uma auxiliar e um odontólogo que trabalha somente dois dias na semana na UBS; realizam procedimentos simples, não fazem tratamentos de canal, nem pequenas cirurgias, o serviço de próteses está centralizado a nível municipal, onde é realizado por outro especialista uma vez ao mês.

As ações de saúde bucal coletivas são realizadas por toda a equipe de saúde e não somente pelo odontólogo, onde realizamos palestras em escolas sobre bons hábitos higiênicos, aplicação de flúor em crianças durante a semana de PSE, prevenção do câncer bucal aproveitando os encontros nos grupos de fumantes, realizamos visitas aos usuários acamados, onde são avaliados de forma integral por todos profissionais da equipe. Infelizmente a forma de registro existente na UBS não permitiu o preenchido desta parte do CAP, não podendo fazer avaliações em quanto a quantidade de procedimentos; penso que devemos continuar trabalhando para aumentar o número de atividades coletivas tanto nas escolas como com os grupos priorizados para que a população seja capaz de identificar os fatores de riscos sobre doenças bucais, como o câncer e outras, provocados por maus hábitos higiênicos; melhorar a organização da equipe, assim como melhorar o sistema de registro de dados, se coletam dados de forma geral, o que não permite avaliação por grupos etários. Desta forma poderemos contribuir para que a atenção odontológica seja de melhor qualidade.

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

Após as análises realizadas, em cada um dos grupos acho que ainda temos um longo caminho que recorrer para poder oferecer uma assistência de excelência a nossa população, onde temos que trabalhar no convencimento dos usuários na realização do exame de prevenção, na saúde do homem tentando tirar aqueles preconceitos que impedem um bom desenvolvimento das ações recomendadas e programadas para cada um dos grupos prioritários na UBS, também temos que trabalhar ainda na assistência a consulta para realizar avaliação de risco de cada uma delas, melhorar o registro e controle de todos os grupos, já que penso que é de vital importância para o planejamento de atividades destinadas a fortalecer estilos de vida saudável, assim como o preenchimento dos prontuários e aumentar as atividades de promoção e prevenção de saúde.

Precisamos planejar e solicitar à secretaria de saúde para melhorar a estrutura da UBS, ofertar o serviço que a nossa população merece, a equipe de trabalho tem disposição de aumentar o nível de qualidade dos atendimentos e acompanhamento de todos os usuários da área, assim como a qualidade de vida destes. A realização do relatório foi muito trabalhosa, não tínhamos todos os dados necessários para preencher cada um dos questionários, assim como o caderno de ações programáticas, agora temos um instrumento que vai permitir ter uma visão mais completa de nossa UBS e poderemos traçar estratégias para melhorar o estado de saúde da população de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas, identificadas no século passado, determinaram um perfil de risco em que as doenças crônicas não transmissíveis, por serem altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, assumiram papel importante e impuseram ônus crescente e preocupante para os governantes (BRASIL, 2004). Com o progressivo envelhecimento populacional as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem se tornado as principais causas de morbimortalidade no país. As doenças crônicas em estágios avançados provocam uma série de sintomas físicos e psicológicos que reduzem significativamente a qualidade de vida das pessoas acometidas com tais enfermidades, provocando grandes perdas principalmente funcionais.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira (SILVA et al. 2008). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam um dos principais fatores de risco para o agravamento desse cenário, por estarem relacionados ao surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida (ROCHA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013).

A Diabetes Mellitus (DM), refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (BRASIL, 2013). É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população, estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A população de cobertura pela UBS José Francisco Fontes é composta por um total de 1171 habitantes, destas, 609 corresponde a sexo feminino e 562 ao sexo masculino. Conta com um total de 334 famílias distribuídas entre os agentes comunitários de saúde, tendo assim um melhor controle e acompanhamento dessas famílias, a equipe é formada por um médico clínico geral, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um auxiliar em saúde bucal, quatro técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e quatro auxiliares de serviços gerais. A UBS possui uma estrutura física muito distante dos critérios exigidos pelo Ministério da Saúde (MS); tem 25 anos de construída, possui uma pequena sala de recepção, os ambientes são ventilados com janelas que permitem a circulação do ar, mas a iluminação artificial é ruim. Os tetos dos ambientes não estão forrados, a quantidade de ambientes, são escassos, não existe ambiente para sala de vacinas, nebulização, medicamentos, curativos, onde todos estes ambientes, são muito necessários na UBS para desenvolver todas as atividades à população, não existem rampas e corredores para usuários com deficiências visuais e motoras.

Após realizar uma análise da repercussão que tem estas duas doenças, o que significa para o Brasil ter um bom controle e os resultados expostos no caderno de ações programáticas em referência destas, decidimos estabelecer como foco de intervenção a ação programática, de atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na área de abrangência, tendo em consideração que o controle não está adequado.

No caderno de ações programáticas (CAP) para nossa população, a estimativa é um total de 228 usuários com HAS e o cadastrado pela equipe é de 178, que representa 78% da população estimada, existindo uma diferença de 50 pessoas para a faixa etária de 20 anos e mais; 24% tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias, somente 76% está com os exames em dia, além de ter dificuldades com avaliação na saúde bucal. Com relação a DM, ao realizar uma análise das estimativas para esta doença, está muito distante de nossa realidade, somente oito (1.05%) usuários na faixa etária de 20 anos e mais, estão cadastrados e acompanhados pela equipe de trabalho da UBS, onde foi estimado um total de 65 (8.5 %), tendo uma diferença de 57 usuários representando 12.3% do estimado. Dos oito usuários existentes, 100% se encontram cadastrados e com acompanhamento pela equipe de trabalho, mas alguns da mesma forma que os usuários com hipertensão, têm atraso na consulta por mais de sete dias, na realização de exame

clínico e bucal, assim como a realização de exames de laboratório preconizados, para o seguimento de estas patologias.

Para as duas doenças, os indicadores de qualidade não são muito bons, porém realizamos um grupo de ações como a organização dos registros, a realização de atividades de grupo, o planejamento das atividades, avaliação, consultas, assim como diversas atividades de promoção e prevenção em saúde. Nossa equipe de trabalho está comprometida e envolvida desde o primeiro momento, é de interesse de todos, melhorar a qualidade de vida da nossa população. Também contamos com o apoio da secretaria de saúde do município, assim como do pessoal administrativo que ajudará na realização da intervenção e garantia dos recursos necessários para o bom desenvolvimento.

Com tudo antes exposto, o grande desafio da intervenção é melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM na abrangência da ação programática em nossa UBS e que possa no futuro, reduzir e prevenir o aparecimento de complicação destes agravos, melhorar os registros, aumentar o conhecimento sobre as doenças pelo meio das atividades de promoção e prevenção que serão desenvolvidas; tratar corretamente as doenças, trabalhar na detecção precoce dos fatores de risco, e melhorar os indicadores de saúde de nossa área e do município.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral:

Melhorar a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade Básica de saúde.

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

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.

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).

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.

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

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

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

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

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e diabetes ao programa.

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

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

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.

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.

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 hipertensão e diabetes

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.

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

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.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) José Francisco Fontes, no Município Ipiranga do Piauí, Estado Piauí. O CAP estima para área 228 pessoas com HAS e 65 com DM, temos cadastradas em nossa UBS 178 usuários com HAS e oito com DM, serão inclusos aqueles diagnosticados durante a intervenção, Pretendendo realizar a avaliação a 100% de nossa população alvo.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

1- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento: para monitorar o número de usuários com estas doenças, vamos fazer uma revisão de cada um dos registros que tem os agente de saúde, e preencher com o resultado, a planilha de coleta de dados oferecida pelo curso.
Responsáveis: Medico e o enfermeiro

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

1- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro será realizado pelo médico e enfermeiro, nas consultas e visitas domiciliares, onde serão utilizadas as ficha específica do programa.

2- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Realizar o acolhimento dos usuários a sua chegada à UBS, por todos os profissionais da equipe, em todas as seções de trabalho.

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

Detalhamento: Para garantir o material será feito um levantamento na UBS de todo o necessário; o medico e enfermeiro ficarão responsáveis por fazer as coordenações com a gestão para a reposição ou troca da quilo que for necessário.

Eixo: Engajamento Público

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

Detalhamento: Informar á comunidade mediante palestras e materiais gráficos educativos a existência do programa na UBS.

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

Detalhamento: utilizar a permanência dos usuários na sala de espera e orientar sobre a importância de aferir a pressão arterial depois dos 18 anos de idade e seja transmitido ao pessoal que mora em suas casas.

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

Detalhamento: Explicar a inter-relação que tem as duas doenças e a importância de fazer exame para a detecção da diabetes mellitus em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento: Ações de orientação e informação por meio de palestras e materiais educativos, com a comunidade e pessoas com hipertensão e diabetes sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

1- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

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

Detalhamento: Se realizarão capacitações em reuniões e encontros na UBS com os ACS para melhorar o cadastramento da população em nossa área de abrangência, assim como atualizar a equipe na verificação da pressão arterial de forma criteriosa, e o manejo do glicômetro para a realização do hemoglicoteste.

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Para monitorar a realização do exame clínico dos usuários com HAS e DM será preenchida a planilha de coleta de dados registrando-se em todas as consultas realizadas.

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

Detalhamento: incluir no exame físico da pessoa com diabetes, o exame físico dos pés com a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade em cada um de eles.

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

Detalhamento: para dar cumprimento nestas ações, será preenchida a planilha de coleta de dados com os dados expostos no prontuário e o monitoramento da periodicidade será realizado examinando os dados registrados na ficha espelho.

4- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Perguntará ao usuário e se coletará os dados do lugar onde recebe cada mês seus medicamentos.

5- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Avaliar e registrar as necessidades que tem os usuários de fazer atendimento com a equipe odontológico da UBS.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: O médico e enfermeiro da equipe terão a responsabilidade do fazer o exame clínico em todas as consultas.

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

Detalhamento: Realizará capacitação dos profissionais pelo planejado na equipe de acordos com os protocolos do MS.

3- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Estabelecer periodicidade com os profissionais, pelo planejado na equipe.

4- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Pedir a secretaria de saúde a entrega da versão atualizada do protocolo, caso não tiver na UBS.

5- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Identificar as pessoas com HAS e DM que não tenham realizados os exames e fazer solicitação.

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

Detalhamento: Explicar ao gestor a importância e a prioridade da realização dos exames complementares definidos no protocolo para estas pessoas.

7- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Criar sistema de alerta com os agentes de saúde na realização dos exames complementares preconizados.

8- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A técnica de enfermagem realizará controle sistemático dos medicamentos no estoque da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem realizará um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Detalhamento: A equipe de odontologia fará uma avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: A equipe de saúde bucal realizará uma organização de sua agenda de trabalho para fazer o atendimento aos hipertensos e diabéticos que precisem deste serviço.

Eixo: Engajamento Público

1- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Se realizará palestras e atividades educativas com o objetivo de orientar os usuários sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes. A realização de palestras contara com a colaboração de todos os membros da equipe.

2- 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: Se realizará palestras e atividades educativas com o objetivo de orientar as pessoas sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

3- Orientar as pessoas e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

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

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

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

Detalhamento: Se realizará palestras e atividades educativas com o objetivo de orientar os usuários sobre a necessidade de realização de exames complementares, sobre o direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

- 1- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- 2- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.
- 3- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Nas reuniões planejadas pela equipe na UBS, vai capacitar para a realização de exame clínico apropriado. Serão aproveitadas as reuniões planejadas pela equipe para capacitar na realização de exame apropriado dos pés, e sobre como seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- 4- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Serão aproveitadas as reuniões planejadas pela equipe para realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: Serão aproveitadas as reuniões planejadas pela equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Detalhamento: Serão aproveitadas as reuniões planejadas pela equipe para realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**Eixo: Monitoramento e Avaliação**

- 1- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Serão coletadas na planilha criada as informações para acompanhar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas protocolo (consultas em dia).

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

- 1- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

2- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Planejar visitas domiciliares de forma integral para buscar os faltosos às consultas. A equipe realizara uma reorganização da agenda de trabalho para Incluir na ficha de atendimento o acolhimento dos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo: Engajamento Público

1- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento: Realizar palestras e outras atividades com a comunidade para informar sobre a importância de realização das consultas. Planejar em conjunto com a comunidade, a melhor forma de assistir as consultas, e evitar evasão dos portadores destas doenças. Mostrar por meio de atividades educativas a comunidade e pessoas com estas patologias a periodicidades que se encontram preconizadas as consultas para o seguimento e controle delas.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Realizar nas reuniões planejadas pela equipe, capacitação dos ACS, de como realizar orientações em quanto às consultas e periodicidade preconizadas para o seguimento destas doenças.

Objetivo 4 : Melhorar o registro das informações

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Serão coletadas na planilha de coleta de dados criada as informações para monitorara qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

- 1- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- 2- Implantar a ficha de acompanhamento.
- 3- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- 4- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Planejar a data e hora para manter e atualizar as informações do SIAB. Criar a ficha de acompanhamento com todos os dados que fossem necessários. Planejar com a equipe a forma em que vai fazer feito o registro das informações. O médico, e enfermeiro serão os responsáveis da equipe para o monitoramento dos registros.

5 - 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: Se organizara um sistema de registro utilizando a planilha de coleta de dados para lograr um bom controle, e identificar as situações de alerta que se posam apresentar.

Eixo: Engajamento Público

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

Detalhamento: Se realizara palestras com pessoas com hipertensão e diabetes junto com o resto da comunidade para orientar sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

1- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabéticos.

Detalhamento: Serão aproveitadas as reuniões planejadas pela equipe para capacitar este, no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: Serão aproveitadas as reuniões planejadas pela equipe para capacitar este, no registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Procurar no prontuário dos usuários se tem realizado pelo menos uma vez por ano a verificação da estratificação de risco.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

1- Priorizar o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos, avaliados como de alto risco.

2- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Registrar os pacientes com avaliação de alto risco para priorizar seu atendimento. Estabelecer uma ordem de prioridades para o atendimento desta demanda.

Eixo: Engajamento Público

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

Detalhamento: Se realizará palestras e outras atividades educativas com pessoas com hipertensão e diabetes para orientar quanto é seu nível de risco e a importância de fazer um acompanhamento regular.

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

Detalhamento: Serão realizadas palestras com pessoas com hipertensão e diabetes, junto com o resto da comunidade para que entendam o conheçam de quanto á importância do adequado controle dos fatores de risco.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

1- 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.

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

Detalhamento: Aproveitaremos as reuniões e encontros da equipe na UBS para capacitar este, na realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação. Também se capacitará para realizar o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo nº 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Eixo: Monitoramento e Avaliação

1- Monitorar a realização de orientação nutricional às pessoas com hipertensão e diabetes.

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

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

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

Detalhamento: Realizarão orientações sobre nutrição, atividade física regular, risco do hábito de fumar, e higiene bucal nas consultas médicas, de enfermagem e do dentista, elas serão registradas na ficha espelho e passadas para a planilha de coleta de dados, facilitando assim o monitoramento das ações.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço

1- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Programaremos datas de atividades para realizar encontros com os usuários de estas patologias e comunidade, onde se mostraram materiais

educativos sobre alimentação saudável, assim como faremos um lanche com esta forma de alimentação.

2- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Coordenar com a nutricionista do NASF a sua presença nas atividades planejadas.

3- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Programaremos datas de atividades para realizar encontros com os usuários de estas patologias e desenvolver atividades físicas.

4- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Coordenar com a Educadora em educação física do NASF a sua presença nas atividades planejadas.

5- Demandar o aumento do numero de usuários com hipertensão e diabetes á adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Realizar palestras sobre a importância do abandono do habito de fumar e as consequências para a saúde, que esta adição provoca na vida das pessoas.

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

Detalhamento: Planejar em conjunto, médico, enfermeiro e odontólogo o tempo médio para organizar a realização das consultas de avaliação para garantir sejam dadas todas as orientações necessárias.

Eixo: Engajamento Público

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

2- Orientar pessoas com hipertensão e diabetes, e á comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e da diabetes.

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

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

Detalhamento: Realização palestras e atividades educativas com as pessoas com hipertensão arterial e diabetes e a comunidade para orientar sobre a importância da alimentação saudável, a prática regular de atividade física, o abandono do tabagismo, assim como a importância de uma boa higiene bucal.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

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

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

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

5- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

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

7- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Faremos capacitação ao pessoal da equipe da UBS, aproveitando às reuniões e encontros planejados para este fim, tendo em conta cada um dos tópicos relacionados anteriormente com ajuda do pessoal do NASF do município.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 100 % das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 100 % das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

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

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

Indicador 2.1 Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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).

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.4 Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.5 Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.6 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. .

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

Indicador 2.7 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.8 Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

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

Indicador 5.2 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

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

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

Indicador 6.1 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 6.2 Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 6.7 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 6.8 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, vamos adotar o caderno estratégias para o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, do MS, 2013. Utilizaremos a ficha espelho onde coletaremos todos os dados necessários, assim como um levantamento dos dados necessários para o desenvolvimento do trabalho de nossa equipe de saúde. Estas fichas não preveem a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, por isto para poder coletar todos os indicadores necessários da intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar que vai ser preenchida pelo odontólogo e o auxiliar de saúde bucal em previa coordenação com eles.

Contataremos com o gestor municipal de saúde para a reprodução da quantidade necessária das fichas espelho, assim como das fichas complementares que serão anexadas nos prontuários de cada usuário cadastrado como hipertenso e diabético, estimando alcançar com a intervenção, 100 % dos usuários com HAS (228) e DM (65). Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o médico em conjunto com os técnicos de enfermagem, revisarão o livro de registro, identificando todas as pessoas que vieram a consulta nos últimos 4 meses, localizados os prontuários destes usuários o médico transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho em uso na intervenção, e para a planilha de coleta de dados, realizando também o primeiro monitoramento sobre as consultas e exames em atraso, onde ao mesmo tempo os agentes de saúde trabalharam na busca ativa dos pacientes com atrasos nos exames complementares e exame bucal na comunidade.

O acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes, será realizado pela técnica de enfermagem priorizando aqueles que tenham um risco maior ou alguma deficiência. Para acolher a demanda de intercorrências agudas não precisamos alterar a programação, já que serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Os outros usuários da comunidade que precisarem de consulta por alguma intercorrência também tenderá seu espaço para ser atendidos.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de saúde da UBS, assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção.

A capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto, será utilizada duas horas ao final de cada semana, no horário disponibilizado para a reunião da equipe, onde cada um dos membros vai fazer a revisão de uma parte do manual técnico e expor o conteúdo aos outros membros da equipe, serão feitas:

Capacitação da equipe da unidade de saúde quanto à periodicidade de realização dos exames, preconizados para estas doenças;

Capacitação para a realização de avaliação de risco cardiovascular;

Capacitação da equipe para a busca ativa de pacientes faltosos;

Capacitação da equipe para orientar sobre o exame bucal;

Capacitação sobre o uso dos protocolos, cadastramento, acolhimento, a função e responsabilidade de cada um dos membros da equipe dentro da intervenção.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com os representantes e apresentaremos o projeto de intervenção, esclarecendo a importância da realização da consulta de avaliação, acompanhamento e tratamento das duas doenças.

Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos e esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para o monitoramento da ação, o enfermeiro revisará as fichas espelhos, identificando todos os usuários que estão com consulta, exames clínicos e exame bucal em atraso. Do mesmo jeito os agentes de saúde trabalharam na busca ativa de estes pacientes com atrasos, estimam-se 12 semanais, totalizando 48 por mês, ao final do mês todas as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Para realizar atividades de promoção e prevenção, utilizaremos a sala de espera da UBS para oferecer palestras educativas, sobre alimentação saudável, tabagismo, atividades físicas, dentre outros fatores de riscos com frequência semanal, estarão presentes o médico, enfermeiro, as agentes de saúde, equipe de odontologia, pessoal da equipe do NASF da secretaria municipal de saúde e líderes das comunidades.

Demandaremos do gestor do município todos os materiais necessários para as atividades assim como fazer coordenações com o laboratório clínico para a realização de exames.

Utilizaremos o protocolo de atenção, assim como os cadernos de atenção básica do ano 2013 referente às duas doenças do estudo, para realizar a avaliação de risco, onde faremos uma avaliação multidisciplinar nas consultas médicas, elaborando grupos de alto risco e menor risco.

Quanto à avaliação das necessidades de atendimento odontológico, contará com apoio da nossa odontóloga da equipe, que participará das nossas atividades educativas, e realizará consulta a os usuários encaminhados pelo médico.

A equipe toda organizará visitas domiciliares para busca de usuários faltosos e se organizara a agenda para acolher estes usuários provenientes destas buscas.

Definir como responsável para a leitura dos resultados dos exames realizados o médico e o enfermeiro, assim como o posterior preenchimento dos dados nas planilhas da intervenção.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Quando começamos a realizar nossa intervenção, decidimos a equipe básica de saúde tomar como tema a ação programática correspondente à atenção aos usuários com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus por serem doenças que constituem um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, nossos usuários da UBS não estão isentos destes problemas.

Assim começou este longo caminho de 12 semanas e duro trabalho, mas de reconforto ao chegar ao final da intervenção com a maioria dos indicadores como havíamos planejado fazer nossa intervenção, construímos um cronograma de trabalho para ser guia de como devíamos trabalhar, o passo a passo e não nos perder do caminho correto.

Tudo aconteceu de forma normal na UBS, ao princípio com a dúvida de que o planejado se realizaria, assim a equipe de trabalho foi vendo pouco a pouco a importância da intervenção e a facilidade para cadastrar, controlar e dar uma melhor atenção a nossos usuários de uma forma organizada, à qual não estavam acostumados.

Ao chegar ao final destas 12 semanas e analisado semanalmente o trabalho realizado, percebemos que o ritmo da intervenção foi muito bom, tendo uma boa adesão dos usuários durante todas as semanas; houve momentos de dúvida, não conseguir cumprir o planejado para semana e que afetaria à intervenção, mas a equipe soube procurar sempre uma solução e sair adiante, na sistematização e a integração à rotina de trabalho do serviço.

Durante as doze semana da intervenção realizou-se a busca ativa para captar novos usuários com HAS e DM. Revisamos os registros dos agentes comunitários de saúde e cada um dos prontuários que tínhamos na UBS com diagnóstico de HAS e DM. Da mesma forma iniciamos as visitas domiciliares com a ajuda de líderes da comunidade na busca daqueles usuários com diagnóstico e que não eram de conhecimento dos nossos ACS, assim como usuários que já tinha o diagnóstico e abandonaram o tratamento.

No decorrer da intervenção, encontramos um número maior de usuários com HAS do que os estimado pela PCD, por isto utilizamos as estimativas do CAP no denominador para cálculo dos indicadores.

Diferente da HAS, mesmo tendo desenvolvido ações para identificar novos casos de DM, como a glicemia capilar em todas as pessoas maiores de 20 anos que tiveram avaliação clínica e nos familiares daqueles que já tinham o diagnóstico, assim como nas pessoas com riscos de diabetes, o número ficou muito abaixo do esperado para população da área.

Realizamos capacitação aos integrantes da equipe de trabalho da UBS de acordo com o protocolo de atenção às pessoas com hipertensão e diabetes; definimos o papel de cada um dos profissionais em nosso primeiro encontro. Desenvolvemos como previsto, os contatos com os principais líderes da comunidade para explicar os benefícios da intervenção para a população e pedir apoio para a busca de pessoas com estes agravos e a necessidade de assistir às consultas de avaliação assim como a participação nas atividades educativas programadas.

A Avaliação clínica às pessoas com hipertensão e diabetes foi nossa ação fundamental durante toda a intervenção, com solicitação de exames de laboratório, a todos aqueles usuários que tinham necessidade e posterior avaliação; realização de atividades educativas, como foi o caso de palestras sobre alimentação saudável, prática de exercícios e preconceitos do hábito de fumar, todas com ajuda da equipe do NASF de nossa secretária municipal de saúde, também projetamos vídeos sobre hipertensão e diabetes referindo-se a seu conceito, como se produz suas complicações e seu tratamento farmacológico e não farmacológico, todas nossas atividades foram realizadas na UBS com boa participação das pessoas com estas duas doenças e todo o pessoal da equipe. Outras das ações desenvolvidas foram os monitoramentos da intervenção, assim como busca ativa de faltosos as consultas.

A boa aceitação pela equipe de trabalho certamente foi a principal facilidade que tivemos para um bom desenvolvimento da intervenção. Problemas e dificuldades apareciam quando a quantidade de pessoas com hipertensão e diabetes citadas pelas ACS não chegavam a UBS conforme previsto; tivemos que repensar a estratégia, fazer visitas domiciliares aos que não puderam chegar à UBS por razões como a distância de suas casas; apresentar alguma patologia ou ter uma idade avançada, assim como a demora na marcação para realizar os exames de laboratório solicitados, sendo assim, todas as ações planejadas foram desenvolvidas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Realizamos todas as atividades segundo nosso cronograma de trabalho não tivemos necessidade de propor atividades para outras semanas. Pelo que não tivemos ações previstas e não desenvolvidas, mesmo que ocorrendo outro dia do planejado no cronograma, mas dentro da semana mesma, todas as ações previstas foram realizadas pela equipe.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto aos aspectos da coleta dos dados não tivemos dificuldades, a planilha de coleta de dados esta muito bem fornecida e estruturada pelo curso, contém todas as abas necessárias para avaliar os indicadores e só necessita colocar os dados obtidos em cada avaliação realizada aos usuários, além de que faz o cálculo dos indicadores de maneira semanal, o que permite fazer uma avaliação destes e também a sistematicidade de minha orientadora que manteve atenção semanal ao comportamento dos indicadores, fazendo as correções necessárias quando foi prudente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com relação à incorporação das ações previstas na intervenção à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso, podemos dizer que a intervenção está incorporada à rotina de trabalho da UBS, porque toda a equipe percebeu que os benefícios para a comunidade são muitos. Para dar continuidade a nossa ação programática, serão desenvolvidas atividades com especial atenção para identificar usuários com diabetes mellitus, estamos muito abaixo das estimativas do CAP e planilha de coleta de dados; continuar com as atividades educativas sobre mudanças de modo e estilos de vida, alimentação saudável, bem como conscientizar às pessoas da importância e a necessidade da realização dos exames de laboratórios para a identificação de fatores de riscos para sua doença; outra ação é planejar em conjunto com a equipe de odontologia uma maior cobertura de exame bucal para estes usuários, conversar com a gestão local para melhorar a marcação para realização dos exames de laboratório.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A ação programática escolhida por nossa equipe para a realização da intervenção foi a Melhoria da Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Na área adstrita à UBS José Francisco Fontes, existe uma população total de 1171 pessoas, segundo as estimativas feitas pela PCD, temos um total de 786 pessoas com 20 anos e mais, o que representa 67% da população total da área. No cálculo realizado pela PCD a estimativa era de 178 pessoas com HAS, a mesma quantidade de registros que tinha na UBS no começo da intervenção, mas no decorrer houve um aumento para 183 usuários, superando o número esperado. Com relação aos usuários com DM, a PCD tem uma estimativa de 44 pessoas, no registro da UBS temos oito usuários cadastrados, apesar da busca ativa e rastreamento durante o período de intervenção, não houve mudança do número de usuários com diagnóstico de DM. Devido ao número de pessoas com HAS encontrado durante a intervenção ser maior que o estimado pela PCD, os denominadores utilizados foram os estimados pelo CAP correspondentes a 228 Hipertensos e 65 diabéticos.

A intervenção foi de muita importância para a equipe de trabalho da UBS, trouxe um aumento das consultas, assim como a qualidade do serviço. Representou para equipe um momento de integração, de unidade, de mais coesão, além disto, a população melhor atendida e obtive conhecimentos através das palestras e atividades educativas desenvolvidas durante a intervenção. Os resultados alcançados serão apresentados através da avaliação dos indicadores que foram utilizados para mensurar a melhoria da ação programática.

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

A intervenção tratou da melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e diabetes mellitus na faixa etária de 20 anos e mais. Durante o período de intervenção identificamos em nossa área um total de 183 usuários com diagnóstico

de HAS. No primeiro mês foram acompanhadas 57 pessoas que significou 25% do total da população alvo, durante o segundo mês 117 usuários, 51.3% e no terceiro mês 183 para 80.3% de cobertura ao final da intervenção, não cumprindo com a meta proposta de 100%, mesmo assim, entendemos que atingimos um importante resultado.

Dentro das facilidades para cadastrar e acompanhar as pessoas com HAS estiveram as condições materiais e humanas. As ações que mais auxiliaram estes resultados foram às atividades educativas, realizadas durante toda a intervenção e que passaram a formar parte de nosso processo de trabalho. De grande utilidade foram as visitas domiciliares realizadas para busca de usuários ou que não se encontravam em dia com as consultas programáticas, fundamental para este resultado. Não podemos falar que tivéssemos apresentado dificuldades com os cadastrados do programa durante a intervenção.

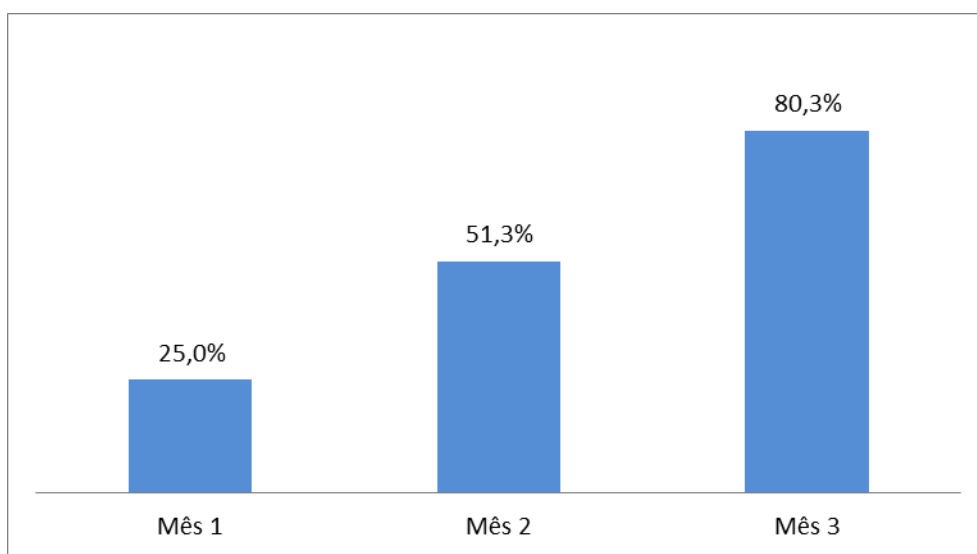


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à hipertensão Arterial sistêmica na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com Diabetes Mellitus da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade Básica de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Com relação à cobertura de pessoas com diabetes mellitus em nossa área, temos um total de oito usuários; durante o primeiro mês foram atendidos quatro usuários que representou 6.2%; no segundo mês outras quatro pessoas, 12.3% da população alvo; durante o terceiro mês ficou 12.3%, não tendo outros usuários com diagnóstico de DM. O número ficou muito abaixo do estimado pela PCD, mas são as pessoas que temos cadastradas e acompanhadas pela nossa equipe. Durante toda a intervenção foi realizada busca ativa na faixa etária alvo, independentemente se tinham ou não diagnóstico de HAS e DM assim como nas visitas domiciliares realizadas em conjunto com os ACS, mas não foram encontradas. Não foi possível atingir o 100 % de cobertura para esta doença mais foi de muito valor o empenho da equipe de trabalho durante a intervenção. Não podemos falar de dificuldades com os cadastrados do programa.

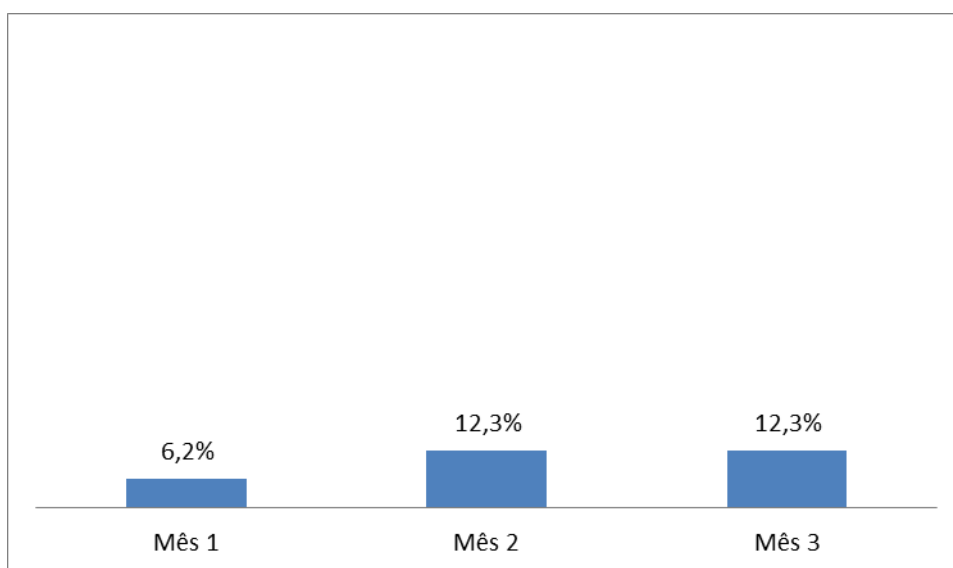


Figura 2. Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

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

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

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

Durante o primeiro mês da intervenção, 57 pessoas realizaram o exame clínico o que representou 100%; no segundo mês 117 usuários - 100% e no terceiro mês 183 usuários - 100%. Todos os usuários com diagnóstico de HAS realizaram o exame clínico de acordo com o protocolo. De grande ajuda foi o trabalho realizado pelos técnicos de enfermagem, no acolhimento dos usuários a sua chegada a UBS e a prioridade que foi dispensada, o que permitiu atingir 100% da meta. Não podemos falar de dificuldades na hora de realizar o exame clínico, não faltaram recursos necessários e colaboração da gestão para sua realização.

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

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

Em relação a usuários portadores de diabetes mellitus e a realização de exame clínico durante o primeiro mês da intervenção, quatro pessoas foram avaliadas atingindo 100%, no segundo mês oito pessoas, 100%, e durante o terceiro mês ficou mantido o 100%, não foi avaliado outros usuários por não haver novos casos identificados, do mesmo aconteceu com os usuários hipertensos foi a forma utilizada para atingir o 100 % da meta.

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).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Outros dos indicadores para melhorar a qualidade da atenção de nossos usuários diabéticos foi o exame dos pés, onde no primeiro mês em quatro pessoas, 100% foi realizado o exame, no segundo mês as oito pessoas, 100%, e no terceiro mês mantido 100%, completando assim o exame dos pés, 100% de nossos usuários diabéticos, este foi realizado durante o exame clínico praticado em cada um deles o que garantiu o cumprimento da meta, não existindo dificuldades para a realização deste.

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

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

Durante o primeiro mês da intervenção para 57/100% das pessoas foi solicitado a realização dos exames complementares de acordo com o protocolo, durante o segundo mês 117/100% e no terceiro mês 183/100%. Atingindo a meta proposta em todos os meses da intervenção. Este aconteceu na medida em que os usuários foram realizando a avaliação clínica solicitando os exames para quem não tinha feito no último ano, avaliando outros que já haviam realizado, assim como em consultas subsequentes. Acho que foi a meta mais difícil de atingir o 100%, pela dificuldade que tem hoje nosso município com a marcação de exames, por não ter um laboratório e depender de outros para a realização deles. Mas com a ajuda da secretaria de saúde do município na prioridade dos usuários da UBS para realizar os exames, contribuiu em atingir a meta planejada, além do esforço realizado pelos integrantes da equipe em aqueles usuários mais demorados na realização dos exames.

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

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com relação à proporção de pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus com os exames em dia de acordo com o protocolo foi de 100% durante os três meses da intervenção, quatro usuários no primeiro mês; oito no segundo mantendo oito usuários até o final da intervenção. Da mesma forma que aconteceu com os hipertensos foi o trabalho realizado com os diabéticos para atingir a meta.

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

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

Durante o primeiro mês da intervenção 38 pessoas, que representa o 66,7% dos usuários avaliados, tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês 98 pessoas, 83,8%, e no terceiro mês 160 pessoas, 87,4% do total dos avaliados. Ao fazer uma avaliação das causas que provocarem não atingir a meta, em falar com diferentes usuários, a maioria destes que não tem prescrição de medicamentos da farmácia popular, é por fazer

acompanhamento com outros especialistas da região como cardiologistas, neurologistas, endocrinologistas que trabalham em clínicas privadas e prescrevem medicamentos não contidos na farmácia popular. A equipe durante as palestras e atividades educativas realizadas, assim como em outras planejadas na continuidade da intervenção, aderindo à rotina do trabalho da UBS, tentando resgatar esses usuários. Muitos medicamentos prescritos por profissionais de outros serviços muda somente o nome, mas contém a mesma substância daqueles da farmácia popular/Hiperdia, temos que trabalhar forte e conseguir a adesão e confiança de todos nossos usuários.

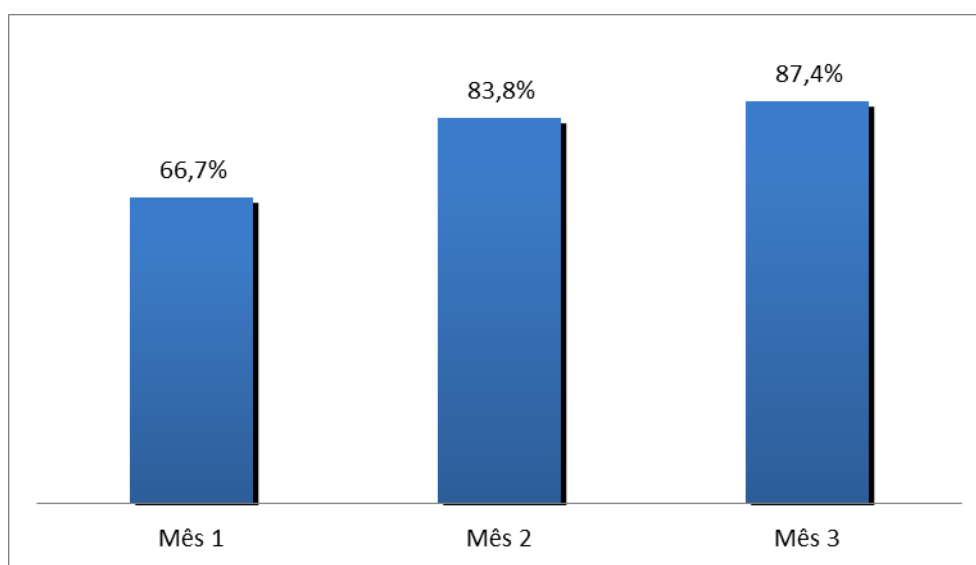


Figura 3. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI

Fonte. Planilha de coleta de dados final

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

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Neste indicador durante o primeiro mês da intervenção três usuários que representa o 75% das pessoas avaliadas, tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês foi sete, 87,5% e no terceiro mês o mesmo que o mês anterior com um 87,5% do total das pessoas com diabetes; da mesma forma que aconteceu ao descrito para os usuários com diagnóstico de hipertensão, aconteceu com estes usuários, por isto não atingimos 100% de prescrição de

medicamentos da farmácia popular, a equipe de trabalho se encontra desenvolvendo as mesmas ações e medidas que estão sendo aplicadas nas pessoas com hipertensão.

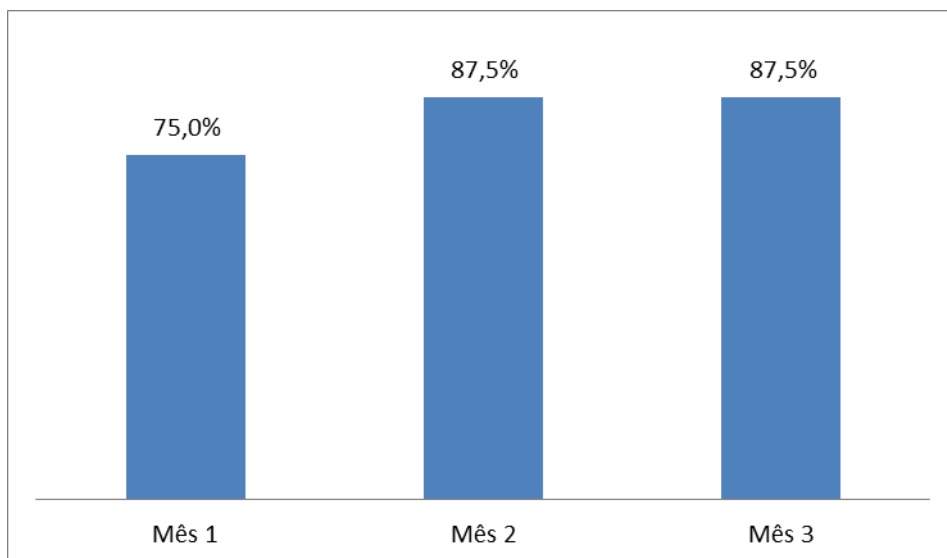


Figura 4. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI.

Fonte. Planilha de coleta de dados final.

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

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

Com relação a este indicador no primeiro mês 54,4% (31) dos usuários tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, 82,1% (96) no segundo e 89,6 % (164) durante o terceiro mês; a meta não foi cumprida devido a odontóloga da equipe de trabalho, ter somente duas frequências de atendimento durante a semana e aqueles usuários que chegarem para fazer sua avaliação fora destes dias, não foram contemplados. A maioria destas pessoas foi agendada consulta com a odontóloga na semana seguinte a avaliação clínica com o médico, mas muitos usuários não compareceram; também a secretaria de saúde fez agendamento com o odontólogo em outra UBS para obter um número maior de atendimentos, mas não deu certo, principalmente pela distância que precisam recorrer o que dificultou atingir a meta proposta.

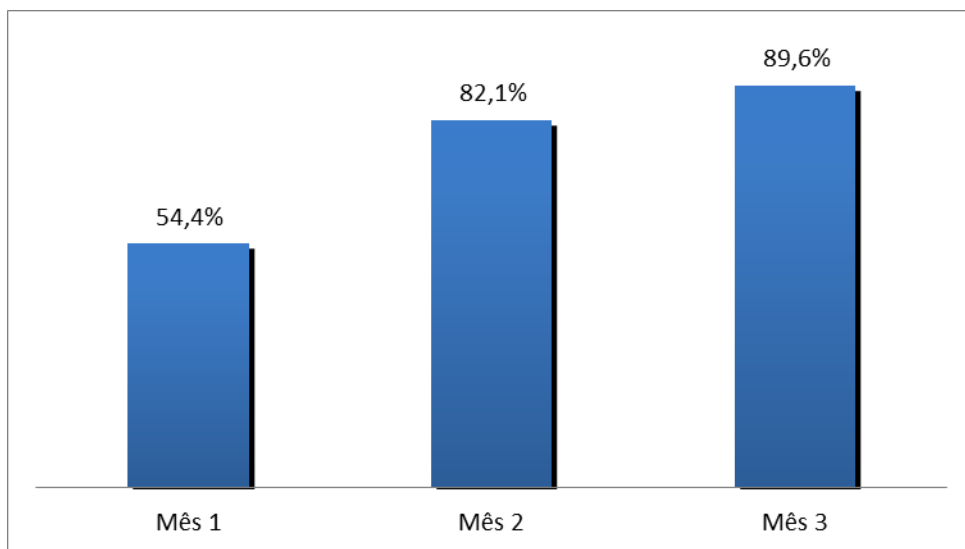


Figura 5. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI.

Fonte. Planilha de coleta de dados final.

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

Indicador 2.9: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Neste indicador no primeiro mês o 75% (3) dos usuários fizeram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com o mesmo percentual para (6) usuários foi o segundo mês, e no terceiro mês o 85% (7) tiveram avaliação; a meta também não foi cumprida por falta de agenda e frequência de trabalho da equipe de odontologia, acontecendo do mesmo que os usuários com diagnóstico de hipertensão.

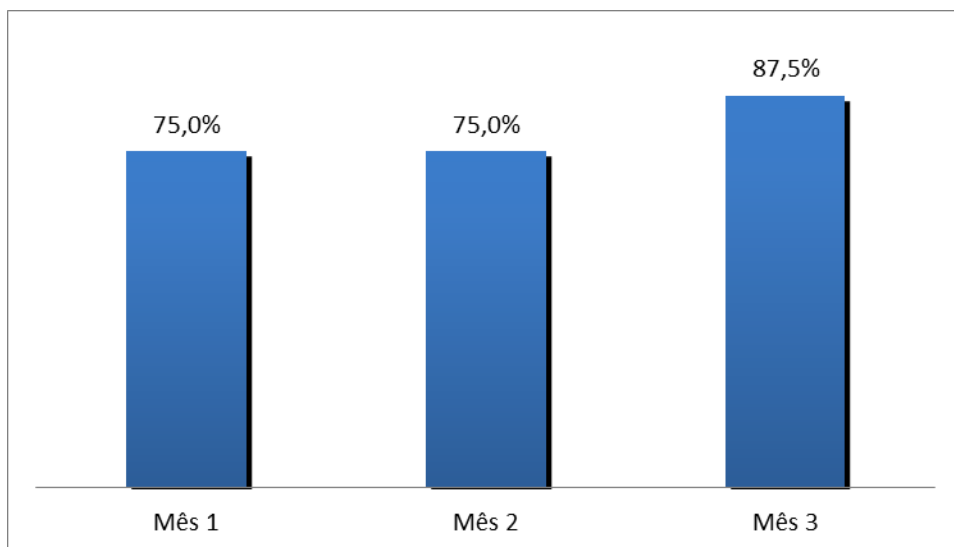


Figura 6. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI.

Fonte. Planilha de coleta de dados final.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e diabetes ao programa.

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

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês, foi realizada busca ativa de 12 pessoas faltosas a consulta, 100%, no segundo mês 13/100% e durante o terceiro mês 17/100 % de busca; a meta foi cumprida, graças ao trabalho dos ACS, empenho, dedicação e compromisso no trabalho realizado, já que no primeiro momento o equipe ficou sensibilizado na importância de fazer o trabalho segundo o cronograma, além de demonstrar a importância da intervenção, os benefícios para a população alvo e população em geral.

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

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Com relação a buscar as pessoas com diabetes faltosas a consulta, no primeiro mês 1/100% foi realizado a busca ativa, e se manteve durante os dois restantes meses já que tivemos um só usuário faltoso; esta meta também foi cumprida pelo trabalho realizado pelos ACS alcançando o 100 % proposto na meta, e a sensibilização da equipe pela importância da intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Durante o primeiro mês de intervenção foi registrado com acompanhamento adequado, um total de 57 usuários o que representou 100%, no segundo mês 117/100% e no terceiro mês 183/100%. A meta planejada foi cumprida graças aos ACS, por manter os registros dos usuários atualizados, assim como os da UBS de forma geral garantido graças às reuniões mensais realizadas pela equipe onde são atualizados todos os registros da UBS. Não podemos falar de dificuldades acontecidas durante o registro dos usuários durante a intervenção.

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

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

Durante os três meses da intervenção este indicador ficou 100%, quatro usuários registrados no primeiro mês e quatro no segundo, totalizando oito usuários cadastrados e acompanhados durante a intervenção, a meta foi cumprida também pela atualização do registro na UBS e da mesma forma que aconteceu com os usuários com diagnóstico de hipertensão arterial. Não podemos falar de dificuldades acontecidas durante o registro dos usuários durante a intervenção.

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.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Importante foi realizar a estratificação do risco cardiovascular na intervenção, onde durante o primeiro mês da intervenção foram avaliados 57 usuários, 100%, no segundo mês 117/100% e no terceiro mês 183/100%, cumprindo com a meta planejada de um 100 %; esta avaliação foi realizada durante o exame clínico feito as pessoas com hipertensão arterial o que permitiu fazer um planejamento de ações de forma pessoal em cada um dos usuários.

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

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação ao cumprimento desta meta foi de 100% em todos os meses. Durante o primeiro mês 4/100% pessoas realizaram estratificação do risco; no segundo mês 8/100% e no terceiro mês manteve-se em 100% com as mesmas oito pessoas, cumprindo assim com a meta proposta, acontecendo da mesma forma em que foi feita para os usuários com diagnóstico de hipertensão

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

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

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Durante o primeiro mês da intervenção para 57/100% das pessoas se garantiu orientação nutricional; no segundo mês 117/100% e no terceiro mês 183/100%, dando cumprimento à meta proposta, onde na consulta de avaliação se deram orientações gerais sobre o tema. De suma importância foi a colaboração da nutricionista do NASF do município quem acompanho a equipe de saúde nas palestras e outras atividades educativas como café da manhã saudável, nas quais

ofereceu informações e orientações para evitar riscos e complicações ocasionadas por uma mau dieta em estes usuários.

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

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Esta foi outra das metas propostas que a equipe conseguiu alcançar o 100% por garantir orientação nutricional às pessoas com diabetes, onde no primeiro mês 4/100% usuários foram orientados, no segundo mês 8/100% e foi mantido o mesmo número no terceiro mês para um 100%, também obtido com a colaboração da nutricionista do NASF do município realizando-se da mesma forma que para as pessoas hipertensas.

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

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

Em relação a esta meta durante o primeiro mês 57/100% pessoas receberam orientação em prática regular de atividade física, no segundo mês 117/100% e durante o terceiro mês 183/100%, cumprindo com a meta proposta, se derem orientações gerais na consulta de avaliação e complementado com a colaboração da professora de educação física e o fisioterapeuta do NASF da secretaria de saúde do município.

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

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

Durante o primeiro mês quatro usuários com diabetes, que representou 100% foram orientados na prática regular de atividade física, no segundo mês 8/100% e no terceiro mês manteve-se os 8/100% usuários, onde se cumpriu com a meta programada com ajuda da professora de educação física do NASF do município da mesma forma que aos usuários com hipertensão arterial.

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

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

Em relação à meta de orientar sobre os riscos do tabagismo durante o primeiro mês da intervenção 57/100% pessoas receberam orientação sobre o tabagismo, no segundo mês 117/100% e no terceiro mês 183/100%, cumprindo com a meta proposta. Em cada consulta de forma individual foram oferecidas orientações sobre o risco do hábito de fumar e os prejuízos que pode trazer a saúde das pessoas com esta doença, assim como a seus familiares; estas ações foram complementadas com ajuda da psicóloga do NASF do município e da odontóloga da equipe de saúde oferecendo materiais educativos e mensagem sobre o tema.

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

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

Em relação a os usuários diabéticos no primeiro mês 4/100% receberam orientação sobre o risco do tabagismo. No segundo mês os 8/100% e no terceiro mês manteve-se os 8/100% usuários com o cumprimento da meta. Foram realizadas as mesmas atividades desenvolvidas com os usuários hipertensos.

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

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Sobre a higiene bucal no primeiro mês da intervenção a 57/100% dos usuários tiveram garantida a orientação; no segundo mês 117/100% e no terceiro mês 183/100%, dando cumprimento à meta planejada. Como mesmo aconteceu com as outras ações se ofereceu orientações nas consultas de avaliação de forma individual para cada um dos usuários e foram complementadas com a participação da odontóloga da equipe em palestras e atividades educativas coletivas.

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

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Em relação às diabetes mellitus e higiene bucal, 4/100% dos usuários foram orientados durante o primeiro mês; no segundo 8/100% e mantiveram-se os 8/100%

dos usuários no terceiro mês cumprindo-se a meta programada com um 100% de orientação sobre higiene bucal às pessoas com diabetes, garantida da mesma forma em que foram feitas as atividades relacionadas a este tema nas pessoas com diagnóstico de hipertensão.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou uma ampliação e melhoria na cobertura da atenção aos usuários compreendidos na faixa etária de 20 anos e mais, com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, também ajudou para que seus familiares presentes nas diferentes atividades realizadas na UBS tivessem a oportunidade de escutar e conhecer como se desenvolvem estas doenças e as complicações que podem provocar à saúde das pessoas; fato notável foi a melhoria dos registros e a qualificação da atenção pela realização de exame físico geral, a realização e avaliação posterior de exames de laboratório, o exame dos pés nos usuários diabéticos, bem como a classificação de risco cardiovascular para cada um dos grupos estudados. Mostrar os benefícios de uma dieta saudável, a prática de exercícios físicos, as vantagens de uma boa higiene bucal e os prejuízos do tabagismo à saúde, foram das atividades que ajudaram aumentar o conhecimento destas pessoas no cuidado de sua saúde, de seus familiares e da população em geral, contando para a realização destas atividades, com o apoio do pessoal do NASF do município, assim como da Secretaria de Saúde quem garantiu o transporte, o áudio, materiais educativos, para desenvolvimento das atividades, o que aumentou a inter-relação com a equipe de saúde.

A realização desta intervenção trouxe consigo que a equipe de trabalho se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da atenção a pessoas com HAS e DM. Esta capacitação aos profissionais da equipe de saúde da UBS sobre o protocolo de Atenção a pessoas com estas doenças, foi de muita ajuda, permitiu cada um dos profissionais da equipe aumentar o nível de conhecimento, na identificação dos fatores de riscos de cada uma delas. Esta atividade promoveu ainda mais o trabalho integrado do médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, equipe de odontologia, ACS e o pessoal de serviço da UBS, que tiveram um papel fundamental na organização do atendimento durante o desenvolvimento da

intervenção; trouxe mais coesão, organização e responsabilidade no trabalho diário da UBS.

Ficou como atribuições do médico e enfermeiro a organização e atendimento dos usuários com HAS e DM, o pedido e a posterior avaliação dos exames de laboratório, bem como a supervisão para manter o controle atualizado dos registros e todas as demais atividades programadas para a atenção a estes usuários. As técnicas de enfermagem ficaram responsáveis pelo acolhimento e triagem dos usuários, realizar as mensurações dos sinais vitais do usuário ao chegar à UBS e encaminhar para avaliação do médico e enfermeira; também o responsável pela dispensação dos medicamentos para estas pessoas. Os ACS ficaram responsáveis pela identificação e busca dos usuários residentes da área para consultas e fazer busca ativa dos faltosos. De forma geral foi organizado as atribuições fundamentais para cada um dos profissionais da equipe de saúde. O trabalho realizado acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, com um melhor controle, uma maior organização e planejamento das atividades no cronograma de trabalho da equipe.

Durante as 12 semanas de intervenção a equipe fez busca ativa destes usuários, o número de usuários cadastrados na UBS era inferior aos estimados pelo CAP e PCD. Revisamos os registros dos ACS e cada um dos prontuários que tínhamos na UBS de usuário com diagnóstico de HAS e DM, da mesma forma iniciamos as visitas domiciliares com a ajuda de líderes da comunidade para busca daquelas pessoas com diagnóstico e não era de conhecimento de nossos ACS, também usuários que em uma etapa de sua vida tiveram diagnóstico destas doenças e deixaram de tomar os medicamentos, acreditando que estavam curados. Durante a intervenção foram identificados novos usuários com HAS, para DM ocorreu diferente, mesmo realizando ações para identificar novos casos, nenhum mais foi diagnosticado, mantendo o mesmo número de pessoas com DM do início da intervenção.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários com diagnóstico de Hipertensão e Diabetes eram realizadas somente pelo médico, que tinha a responsabilidade de examinar, avaliar exames de laboratório e fazer acompanhamento do usuário. Com a implementação da intervenção e aplicada a metodologia planejada no projeto de intervenção de implementar o protocolo de atenção a estes usuários, foram distribuídas as atribuições para cada um dos

integrantes da equipe, viabilizando a atenção há um maior número de pessoas e com maior qualidade. A melhoria dos registros e o agendamento das pessoas com HAS e DM viabilizaram a agenda para atenção à demanda espontânea, ocorrendo de forma organizada. Com um pouco de esforço, dedicação e alguns conhecimentos do trabalho, como médico de família durante minha vida profissional fui conseguindo a integração da equipe, que foi crucial para que a intervenção fosse um êxito.

O impacto da intervenção para a atenção as pessoas com hipertensão e diabetes para a comunidade, foi muito bom. Antes da intervenção nunca tiveram um atendimento da forma planejada, além da oportunidade de esclarecer dúvidas e incrementar seus conhecimentos sobre estas doenças, por meio das palestras e atividades oferecidas durante a intervenção. Muitas pessoas da comunidade que procuravam atendimento na UBS, não entendiam a causa destes usuários ter preferência de atendimento, quando chegavam à consulta na UBS, o que provocou insatisfação para alguns. Apesar de tudo isto, outras pessoas da comunidade falam muito bem da forma do atendimento que estamos realizando para usuários com HAS e DM.

Se fosse realizar a intervenção neste momento, faria uma melhor organização do trabalho, pedir mais apoio ao pessoal da saúde bucal para realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico e cobrar mais à gestão para melhorar a marcação dos exames de laboratório, apesar do avanço, a intervenção poderia ter sido ainda melhor. Também uma melhor articulação com a comunidade e os principais líderes desta, para explicitar os critérios para a priorização da atenção e que não aconteceram insatisfações na comunidade.

A intervenção já foi incorporada à rotina do serviço. Agora falta melhorar os argumentos expostos anteriormente e ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Assim como adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para coletar e monitorar melhor, todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

A partir da próxima semana, quando teremos tudo pronto na UBS pretendemos começar com a avaliação da população alvo da intervenção e fazer busca de novos casos de usuários com diabetes e aumentar a cobertura, a prevalência desta doença em nossa UBS ainda é muito baixa; e tomando este

projeto como exemplo, pretendemos implementar o programa de prevenção de câncer de colo de útero e de mamas na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Primeiramente quero agradecer cada um dos integrantes da Secretaria Municipal de Saúde pela ajuda e colaboração na realização da intervenção, a qual esteve direcionada à melhoria da atenção às pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS José Francisco fontes.

A equipe da UBS cadastrou e acompanhou um total de 183 pessoas com diagnóstico de hipertensão e de oito com diabetes mellitus, compreendidos na faixa etária de 20 anos e mais, que representou o 80.3% e 12.3% respectivamente de nossa população alvo segundo os dados de nossa PCD. De grande importância foi o apoio recebido pela gestão na entrega dos materiais necessários para o desenvolvimento da intervenção e a coordenação realizada com o NASF para a realização e participação nas diferentes atividades realizadas, bem como garantir a presença na UBS dos cadernos de atenção a pessoas com hipertensão e diabetes fornecidos pelo Ministério de Saúde e os protocolos de atendimento a estas duas doenças crônicas, tudo isto nos permitiu atingir nossas metas e o papel de cada um dos integrantes da equipe de saúde no desenvolvimento da intervenção.

Propusemos como meta avaliar 100% de nossa população alvo com HAS e DM. Tínhamos um cadastro atualizado de toda nossa área de abrangência, mas resultou que houve um incremento, dos 178 usuários que tínhamos no começo da intervenção, mais cinco foram registrados como casos novos garantindo o registro de 80.3% de usuários com HAS. Para DM não foram identificados novos casos, embora realizado inúmeras ações, ficando 12.3% de cobertura. Tudo foi o resultado do atendimento aos usuários com mais de 20 anos que chegavam na UBS à

procura de assistência médica, identificando na rotina de verificação da pressão arterial e do teste de glicemia capilar. De forma geral o atendimento durante a intervenção e a qualidade deste atendimento melhorou; realizado exame físico geral com a estratificação do risco cardiovascular, bem como foi pedido a realização de exame de laboratório, aqueles usuários que não tinham realizado no último ano, 100% destes usuários realizaram. Outro dos ganhos atingidos pela intervenção foi o melhorar o conhecimento dos usuários sobre sua doença, os riscos que representam para sua saúde, a forma de prevenir complicações, como se alimentar bem, os benefícios da prática de exercícios físicos, da higiene bucal e cuidar de sua doença, 100% dos usuários receberam orientação. Antes de começar a intervenção, as atividades desenvolvidas com este grupo de pessoas, eram direcionadas fundamentalmente a troca de receitas dos medicamentos que tinham em uso contínuo para sua doença e as atividades educativas que se realizavam com o apoio do NASF, não eram percebidas pelos integrantes da equipe de trabalho como de vital importância na melhoria da saúde das pessoas; outro ponto favorável com a realização da intervenção foi o conhecimento adquirido pelos integrantes da comunidade e familiares destes usuários, que participaram de muitas das atividades programadas.

Um dos aspectos negativos da intervenção foi a demora na realização/avaliação dos exames de laboratório, questão que foi discutida em várias ocasiões com a gestão, pelas dificuldades na marcação dos exames, ainda que melhorasse a demora permitiu realizar a avaliação do 100% dos usuários, e só se conseguiu com a incorporação da ação programática ao serviço. Da mesma forma aconteceu com a avaliação odontológica, onde a meta ficou abaixo do planejado, 89,6% (164) para usuários com hipertensão e 85% (7) para usuários com diabetes, pela carga horária conveniada com a odontóloga no município. Para estas duas ações, precisamos que a gestão busque solução, visto a grande importância para os usuários.

Penso que o êxito da intervenção se deve ao trabalho, a coesão e a responsabilidade com que assumiu a equipe de trabalho a intervenção, conseguindo que esta faça parte da rotina de trabalho de nosso serviço, agora resta que a gestão continue apoiando da forma com que o fez e conseguir uma maior qualidade na atenção, e qualidade de vida de nossa população da área e do município.

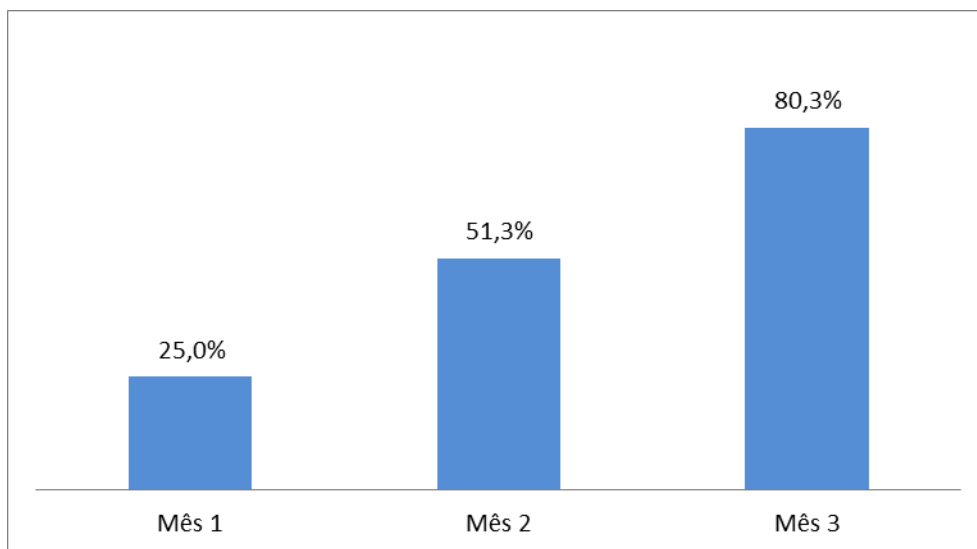


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à hipertensão Arterial sistêmica na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

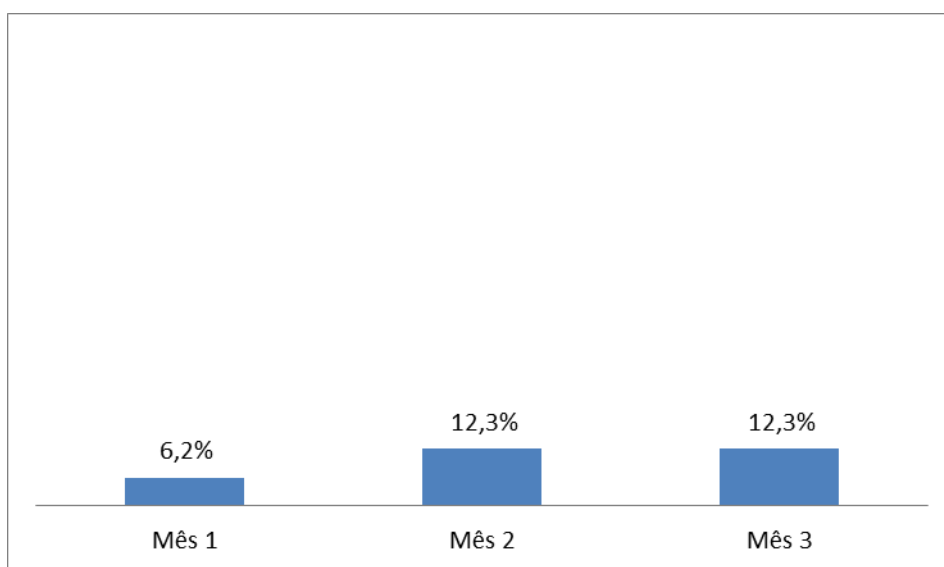


Figura 2. Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na UBS José Francisco Fontes, Ipiranga do Piauí, PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Estimados moradores da Comunidade.

Primeiramente quero informar que hoje estamos apresentando à vocês o resultado da intervenção realizada em nossa UBS com as pessoas na faixa etária de 20 anos e mais que tinham como diagnóstico a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. No período de 18 de setembro à 10 de dezembro de 2015, realizamos um conjunto de atividades com estas pessoas, seus familiares e integrantes da comunidade, como objetivo queríamos identificar mais pessoas com estas doenças crônicas e melhorar a qualidade da atenção..

O tema desenvolvido foi escolhido pelos integrantes da equipe de trabalho da UBS, quando realizamos uma análise dos atendimentos mais frequentes na UBS e que não tinham um bom seguimento e controle. Assim sobre essa base preparamos um planejamento e estabelecemos metas e ações segundo as orientações e documentos facilitados por uma universidade, a UFPel, assim construímos um projeto e posteriormente realizamos a intervenção para este grupo de pessoas.

Nossa principal meta foi dar cobertura a 100% destas pessoas e realizar diversas atividades como avaliação clínica geral, com avaliação do risco cardiovascular, a realização de exames complementares e atividades de promoção e prevenção em saúde. Ao longo da intervenção, 100% das pessoas realizaram exame físico, bem como a estratificação do risco cardiovascular. Um problema apresentado e que não permitiu uma adequada avaliação dos exames de laboratório, foi a demora na marcação dos exames, que como todos sabem, é uma dificuldade que tem todo nosso município, mais foi possível pela incorporação da ação programática à rotina de trabalho do serviço. A 100 % destes usuários foram dadas orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, higiene

bucal e prejuízos do hábito de fumar para a saúde; também não conseguimos realização de 100% das avaliações da saúde bucal destes usuários pela falta de agenda da equipe da odontologia.

Temos conhecimento que muitas das pessoas que chegavam procurando atendimento a nossa UBS não compreendiam o porquê da prioridade destas pessoas para fazer sua consulta e muitas se retiraram da UBS por não entender o que estava acontecendo. Foram realizadas reuniões com os principais dirigentes da comunidade para que a população de abrangência da UBS tivesse conhecimento da realização da intervenção e assim muitos foram entendendo o que estava ocorrendo. Ao final, foi a comunidade e seus moradores que ganharam com todas as ações realizadas, houve aumento e qualificação na atenção a estas pessoas. A comunidade teve a oportunidade de aprender sobre estas doenças, os riscos que produzem a saúde e a forma de evitar complicações para seus familiares, vizinhos e a comunidade em geral, possa ter uma melhor e maior qualidade de vida; Assim a intervenção foi incorporada à rotina de trabalho do serviço, vai trazer mais controle e bem-estar para a comunidade, além de projetar para um futuro não longe a incorporação de outra ação programática, onde a comunidade tem um papel fundamental no desenvolvimento destas ações para que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Fazendo um balanço do processo de aprendizagem durante o curso de especialização podemos dizer que conta com todas as ferramentas necessárias para o bom desenvolvimento das ações programáticas oferecidas pela universidade e em nosso caso foi escolhida por nossa equipe de saúde a melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, trazendo transformações nas práticas do serviço. Foram inumeráveis as vantagens que trouxe o curso para aumentar a qualidade profissional de cada um dos integrantes da equipe de trabalho da UBS, assim como melhorar conhecimentos, atitudes e competência para atuar sobre a saúde da população brasileira.

Acho que lutar contra a barreira do idioma, foi uma das vantagens que me proporcionou este curso, no início foi muito difícil pronunciar e escrever palavras, mas nossa linguagem e escritura foram melhorando à medida que fomos adentrando no curso, bem como a inter-relação diária com nossa equipe de trabalho e a população.

Importantíssimo os espaços que promovem os diálogos, permitindo expressar nossas opiniões, dúvidas, contar nossas experiências, bem como esclarecer necessidades de aprendizagem. Com relação aos casos clínicos interativos, além de testar nossos conhecimentos, ajudaram aprofundar os estudos dos casos propostos; de igual forma aconteceu com o estudo da prática clínica, onde a partir da seleção de vários temas tratados nos TQC realizados e apresentamos dificuldade em responder, fizemos revisões atualizadas destes temas, o que nos proporcionou mais conhecimento.

O desenvolvimento da intervenção proporcionou na UBS uma qualificação da atenção às pessoas com diagnóstico de Hipertensão e Diabetes em nossa área de abrangência, melhorou a qualidade nos registros, a educação continuada dos técnicos e dos agentes comunitários de saúde, assim como uma maior organização do trabalho e do serviço. Ao começo do curso falava sobre as expectativas de conhecer e aprofundar no funcionamento do sistema de saúde brasileiro, aprender sobre protocolos de tratamento e conhecimento daquelas doenças pouco frequentes e não conhecidas e tratadas em nossa prática clínica por não existir em nosso país, isto foi possível graças a todos os documentos que foram postados em nossas tarefas durante todo o curso.

Foram muitas experiências positivas as que conseguimos incorporar a nossa experiência profissional ao longo de todo o curso. A comunidade ganhou em conhecimento e melhor controle destas doenças, o planejamento das consultas da demanda espontânea, aprenderam sobre alimentação saudável, os benefícios da prática de exercícios físicos, assim como danos à saúde pelo consumo de substâncias tóxicas como o álcool e o hábito de fumar.

De forma geral o curso possibilitou ter uma visão mais profunda dos problemas do serviço e aumentou a inter-relação entre os profissionais e uma maior coesão da equipe de trabalho da UBS.

Referências

Ministério da Saúde. Estratégias para o Cuidado de Pessoas com Doença Crônica: Diabetes Mellitus. Brasília – DF, 2013.

Ministério da Saúde. Estratégias para o Cuidado de Pessoas com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília – DF, 2013.

ROCHA, A. A Importância do Hiperdia na Redução dos Agravos em Pacientes Cadastrados no PSF IV, do Município de Barreiras-BA, e a significância do Profissional de Enfermagem neste Programa. Centro de Ciência e Saúde. Departamento de Fisiologia e patologia. PROBEX. 2010. [online]. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles>>.

SILVA, C. A. et al. Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: orientação para o autocuidado. Rev. Baiana de Saúde Pública. v. 30, n. 1, p. 179-188, 2008.

Apêndices



Figura 7: Consulta de avaliação unidade de saúde Canto.



Figura 8: Palestra sobre benefícios da prática de exercícios físicos comunidade canto.



Figura 9: Capoterapia em usuários com hipertensão e diabetes em Tapera de Machado.



Figura 10: Prática de exercícios físicos em usuários com hipertensão e diabetes comunidade de jardim.

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 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.

Orlando Cruz Martínez

Nome

Contato:

Telefone: (88125741)

Endereço Eletrônico: Orlando Cruz Martínez

Endereço físico da UBS: Povoado Canto, Ipiranga do Piauí.

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante