

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Novo Paquetá, Sussuapara /PI

Ronaldo Rams Aguilera

Pelotas, 2015

Ronaldo Rams Aguilera

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Novo Paquetá, Sussuapara /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: Fábio de Jesus Santos

Pelotas, 2015

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

A283m Aguilera, Ronaldo Rams

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Novo Paquetá, Sussuapara/PI / Ronaldo Rams Aguilera; Fabio de Jesus Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Fabio de Jesus, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus, a minha mãe, meu casal, meus amigos e todos aqueles que de uma forma o outra estão presente em todos os momentos de minha vida, dando-me seu apoio.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a minha família por confiar em mim e a meu orientador, Fábio de Jesus Santos, pela sua preocupação constante em me ajudar.

Resumo

AGUILERA, Ronaldo Rams; SANTOS, Fábio de Jesus. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS Novo Paquetá, Sussuapara /PI.** 2015. 74f. (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Atualmente a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são as principais doenças crônicas não transmissíveis, são responsáveis por uma série de agravos e complicações como o Acidente Vascular Encefálico e o Infarto Agudo do Miocárdio. A Unidade Básica de Saúde de Novo Paquetá está localizada no município de Sussuapara/PI, apresentando uma população adstrita à UBS de 2901 habitantes. Os principais problemas de saúde identificados pela equipe foram as doenças crônicas não transmissíveis como a HAS, Diabetes Mellitus. O presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS Novo Paquetá. Após a Análise situacional da atenção a usuários hipertensos e diabéticos na UBS Novo Paquetá Sussuapara /PI verificou-se a necessidade de aumentar a cobertura, qualificar o atendimento e melhorar o registro das informações. A intervenção ocorreu ao longo de três meses, de junho a agosto de 2015, sendo que foram realizadas várias ações estruturadas dentro de quatro eixos temáticos, “Monitoramento e Avaliação”, “Organização e Gestão do Serviço”, “Engajamento Público” e “Qualificação da Prática Clínica” e utilizou indicadores para avaliar a evolução da mesma. Foram utilizados como referência os protocolos Cadernos de atenção Básica números 36 e 37 do Ministério da Saúde e alguns instrumentos como as fichas espelho e as planilhas de coleta de dados. Durante as 12 semanas foi possível chegar a uma cobertura de atendimento de 326 (73,9%) hipertensos e de 117 (100%) para diabéticos. A intervenção trouxe vários benefícios para o serviço. Foi possível ainda, identificar as maiores dificuldades do território e as dúvidas dos usuários com relação à hipertensão e diabetes, houve uma melhora considerável nos registros, a unidade adotou a ficha espelho como forma de registro e controle, além disso, serviu para mostrar a importância do cadastramento dos usuários e do planejamento das atividades, após receber a capacitação sobre hipertensão e diabetes. Após o final da intervenção a ação programática foi incorporada a rotina da equipe mesmo tendo limitações de infra-estrutura e uma grande demanda de usuários.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Saúde da família. Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de Atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	51
Figura 2	Cobertura do programa de Atenção ao diabético na unidade de saúde.	52
Figura 3	Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.	53
Figura 4	Proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.	54
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	55
Figura 6	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	56
Figura 7	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	56
Figura 8	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	57
Figura 9	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	58
Figura10	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exames clínicos em dia	60
Figura 11	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exames clínicos em dia.	61

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAIC	Centro de Atendimento Integral Criança
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PI	Piauí
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBAI	Unidade Básica de Atendimento Imediato
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto “Situação da ESF/APS” e o “Relatório da Análise Situacional”	22
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção	23
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos.....	27
2.2.3 Metas.....	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Ações.....	29
2.3.2 Indicadores	36
2.3.3 Logística	Erro! Indicador não definido. 40
2.3.4 Cronograma.....	Erro! Indicador não definido. 45
3 Relatório da Intervenção.....	Erro! Indicador não definido. 46
3.1 3.1Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	Erro! Indicador não definido. 46
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas	Erro! Indicador não definido. 48
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	Erro! Indicador não definido. 49
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.....	Erro! Indicador não definido. 49
4 Avaliação da intervenção.....	Erro! Indicador não definido. 50
4.1 Resultados.....	Erro! Indicador não definido. 50
4.2 Discussão	Erro! Indicador não definido. 63
4.3 Relatório da intervenção para gestores	Erro! Indicador não definido. 64
4.4 Relatório da Intervenção para comunidade	Erro! Indicador não definido. 66
5 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem..	Erro! Indicador não definido. 69
Referências	Erro! Indicador não definido. 70
Anexos	Err
o! Indicador não definido....	71

Apresentação

Este volume é o trabalho de conclusão de curso da turma oito de especialização em Saúde da Família UNASUS UFPel.

O trabalho está dividido em cinco capítulos: 1. Análise Situacional, 2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, 3. Relatório da Intervenção, 4. Relatório dos Resultados da Intervenção e 5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

Na Unidade Análise Situacional, será apresentado o reconhecimento do território através da estrutura, processo de trabalho e ações programáticas que embasaram a Unidade 2 para fins de definição do foco e da ação programática a ser desenvolvida.

Na Unidade 2 Análise Estratégica, será apresentada o projeto de intervenção.

Na Unidade 3 Relatório da Intervenção será apresentado às ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as questões relacionadas à coleta de dados, sendo também abordada a incorporação do projeto à rotina do trabalho.

Na Unidade 4 Relatório dos Resultados da Intervenção será apresentado os resultados alcançados, a discussão, os relatórios aos gestores e comunidade.

Na Unidade 5 Reflexão Crítica, será apresentado o processo de aprendizagem no decorrer do curso e na implementação da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS

Sussuapara é um município da macrorregião de Picos estado Piauí, Nordeste do Brasil localizada a 360 quilômetros de Teresina, a capital do estado e somente a 10 quilômetros de Picos, sendo um município relativamente novo tem 18 anos como município já que ela era um povoado de Picos.

A cidade tem limites de perímetro urbano que começa em povoado Novo Paquetá e termina em povoado Tamboril com uma extensão territorial de 1.712.460 metros uma população geral de 6.229 habitantes. Distribuídos em 3 zonas urbanas e 22 localidades rurais tudo com água e serviço de energia elétrica, o município tem três Unidades Básicas de Saúde (UBS) cadastradas e dois postos de saúde localizados em áreas rurais um em Várzea do Engano e outro em Lagoa dos Negros, com 3 equipes de saúde com médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, técnico de prótese dentária, agentes de saúde, recepcionista e agente de limpeza, também tem serviço de nutricionista, cardiologia, neurologia, fisioterapeuta dentro do município. Outras especialidades devem se encaminham a policlínica de Picos e outro direto a capital do estado Teresina, o município não tem disponibilidade de hospital, de modo que o mecanismo de encaminhamento para hospitais é estabelecido no município vizinho, o que você vê a disponibilidade de exames sangue, fezes e urina apenas um dia por semana é centralizada em uma única UBS Melancias centro Sussuapara onde tem que ir a toda a população do município e um atraso de uma semana para a entrega, os restantes exames dependem somente acontecem no início do mês para clínicas e hospitais em municípios vizinhos pelo do SUS, muitas vezes uma longa espera para a realização do mesmo.

Minha UBS está localizada na estrada no centro da cidade, é grande, tem as condições necessárias para fazer um ótimo atendimento médico. A equipe é

integrada por um médico que sou eu, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um dentista e uma assistente dental. Na UBS temos sala de curativo, sala de vacina, farmácia, sala de inalação, recepção, sala de enfermeira onde se realiza prevenção, pré-natal e puericultura. A UBS se chama Novo Paquetá e está composta por 7 localidades. Trabalhamos todos os dias de segunda a quinta de sete e meia a doce e na tarde das treze e meia às dezessete horas. Fazemos consultas agendadas, demandas espontâneas, visitas domiciliares. Também fazemos visitas domiciliares a duas UBS que tem no município Tamboril e sede. Os principais problemas de saúde identificados por nossa equipe são as doenças crônicas não transmissíveis como a HAS, Diabetes Mellitus tipo dois, hiperlipidemia e epilepsia, também foram identificados outros problemas de saúde como dependência a psicofármacos, doenças musculoesqueléticas como a sacrolombalgias e doenças respiratórias altas e parasitismo intestinal. Minha localidade de trabalho tem 4 escolas onde também fazemos palestras pra erradicar ou diminuir incidência de vermes. Para a prevenção das patologias mencionadas fazemos atividades de promoção como palestras, bate papo, tratando sempre de explicar aos usuários as complicações das doenças e como evitar a aparição destas com a modificação dos estilos e modo de vida, e uma vez instalada a patologia a importância de levar tratamento correto indicado por seu médico.

Eu acredito que o trabalho em equipe tem um impacto positivo em nossa comunidade devido ao trabalho de saúde que estamos fazendo dia a dia, seguiremos trabalhando assim para conseguir uma melhoria na qualidade de vida de nossos usuários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Eu trabalho em um UBS recém-inaugurado 20 de maio de 2014 com a nova estrutura construtiva e extensão das salas de trabalho e de espera.

Pertencente à prefeitura projetado para UBS de onde carece de atividades de ensino somente tem local para palestras e mural informativo feito pela equipe de saúde tem um mapa geográfico que representa as localidades atendidas pela UBS são 9 localidades, a população está apenas 50% cadastrada em UBS conta com apenas uma equipe de saúde composta por um médico clínico geral, um dentista,

dois enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem 1 técnico de saúde bucal, 7 agentes comunitários além de um agente de segurança, uma recepcionista, um assistente social e dois de limpeza. Dentro das limitações da UBS mais preocupante é que não tem a presença de atividades físicas porque não tem educador físico, nem assistência farmacêutica apesar de ter farmácia com medicação do SUS controlados. Nossa UBS não tem barreiras arquitetônicas e sim tem um banho para deficientes em muito bom estado e estrutura. Para nosso trabalho não temos equipamento tão essencial e necessário para o trabalho dia a dia, como um negatoscópio, oftalmoscópio, otoscópio, material de sutura, cabo de bisturi e folhas de bisturi, não possui nem ter recipientes para coleta de provas para a coleta de escarro, tornando-se muito difícil a captação de sintomáticos respiratórios de mais de 21 dias e o diagnóstico precoce e oportuno da tuberculose pulmonar. Tem consultório odontológico que não tem autoclave para esterilização do material utilizado na consulta, ter que fazer em outra UBS, apesar de ter assistente de dentista e auxiliar de enfermagem, que pode fazer este trabalho e por tanto, seria mais adequado para o atendimento de usuários na UBS, não tem material para a instalação e manutenção de próteses ou para o tratamento de polpa.

A UBS não tem um sistema de manutenção e reposicionamento de instrumental ou equipamento nem tem possibilidades de calibração dos equipamentos existentes, bem como mobiliário não somente o consumo de material reposição, não há nenhuma tecnologia adicional ou conexão com a internet ou telefone ou computador, impressoras, computadores portáteis, para que ninguém tenha acesso a usar qualquer desta tecnologia ou de relatórios médicos ou de estudos ou monitoramento algum. A UBS conta com 7 agentes de saúde que somente têm uniformes, balanças para crianças e registros de materiais para cadastramento da população.

Considerando a dinamicidade positiva existente em os trabalhadores da UBS de Novo Paquetá Sussuapara, permitindo acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou diminuir os danos. Devemos destacar o trabalho dos agentes de saúde que participam diretamente no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação. Acredito que é preciso trabalhar mais em cadastramento real da população com doenças crônica não transmissível fazendo um cronograma de visitas em domicílios para fazer pesquisa ativa de estas doenças, da equipe de

saúde que ainda em nossa UBS se a formado e acho que deve constituir-se para um melhor trabalho dos profissionais, trabalhando em atividades e formação de grupos na UBS, fortalecendo os que existem e criando os que não têm como é o caso de grupos de adolescente, aleitamento materno, idosos, planejamento familiar entre outro.

A realização e atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos. São responsáveis por estimular a adoção da estratégia Saúde da Família os secretários municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica. O governo de divulgar as informações e os resultados alcançados pela Atenção Básica, para assim estimular o trabalho dos profissionais de saúde e manter a população informada das mudanças e resultados. Depois de ter lido atentamente o livro de Atenção Básica, a aceitação e demanda espontânea, reiteramos a premissa da saúde como um direito de todos e um dever do Estado e os princípios e diretrizes como universalidade, equidade, a integralidade, descentralização e controle social, sabendo que ainda há muito a fazer para fortalecer este sistema e assim, permitir que todos os brasileiros se sintam cuidados, suas demandas e necessidades de saúde.

Não somente os serviços de saúde em quantidades adequadas, mas também que esses serviços de saúde sejam articulados forma complementar e não competitiva, a perspectiva de rede de atenção, são capazes de responder às necessidades de todos e cada um, de forma única, abrangente, equânime e compartilhada, tendo em vista que um dos principais alvos do sistema de saúde é a atenção básica ou atenção primária assim que tem que ser uma porta aberta capaz de dar uma resposta positiva para os usuários, de modo que nada mais é do que uma prática presente em todas as relações de cuidado, encontros reais entre os trabalhadores de saúde e usuários, atua para receber e ouvir as pessoas e pode acontecer de forma variada, por isso, é importante perguntar a cada serviço se há ou não ou isso é dado para a população em geral.

UBS tem uma população total cadastrada atualizado para agosto 2014, habitantes 2901, distribuídos em 1397 do sexo masculino e 1.504 do sexo feminino um total de 803 famílias distribuídas em sete localidades.

Como pode ser visto, existem dados que não correspondem com o cadastramento da população e é por isso que se trabalha com estimativa do Brasil.

Eu acho que não é muito longe da verdade que é um mau manejo de agentes de saúde quando eles vão avaliar todos os programas na UBS, bem como a gestão da informação por parte da Secretaria de Saúde do município existente através do digitalizador.

Nossa UBS tem apenas um quarto para todas as atividades com a população para que o 'acolhimento' seja realizado no momento do recebimento do mesmo pela recepcionista e auxiliar de enfermagem. Todos os usuários que vem à nossa UBS são atendidos de acordo com suas necessidades de cuidados, apenas com um atraso entre 10 e 15 minutos, com o conhecimento da equipe tanto a avaliação e classificação de risco biológico e vulnerabilidade para cada usuário, em nossa unidade nós com serviços de enfermagem, que qualquer pedido de assistência realizadas no dia ou com problemas de saúde agudos, como metade imediata ou prioritária com mais ou menos de 30 minutos e serviços, é oferecida atenção para a população da área e fora deste, porque nossa UBS está localizada no caminho do hospital perto de nossas cidades, o mesmo acontece com o médico que trabalha a semana toda em ambos os seções de manhã e à tarde, para todo o usuários que chega à unidade que solicita ser tratado para problemas agudos ou prioridade imediata são servidos nunca é direcionada para voltar outro dia lá estar longe demais para isso ocorrendo o mesmo com o dentista com o único inconveniente em nossos serviços na UBS em que não são realizadas próteses, nem cirurgia especializada.

Atenção à saúde das crianças, puericultura é interpretado como nada mais do que um pacote de cuidados que fazem parte da rotina de saúde supervisão criança, preventivo também considerado com um único objetivo de transformar a criança em um adulto fisicamente saudável, equilibrado e socialmente útil psicologicamente considerada como um processo de acompanhamento do processo de desenvolvimento da criança.

A saúde da criança é um dos programas importantes e prioritários na atenção básica. O atendimento de puericultura tem como objetivo conhecer a organização do atendimento às crianças de zero a 72 meses, minha UBS e feito acorde como solicita o ministério de saúde desde o nascimento até 72 meses, uma vez por semana, em um somente turno, de manhã, na área de abrangência temos 40 crianças menores de 1 ano (91%), temos somente uma crianças fora da área de cobertura da UBS. O atendimento de puericultura e feito pela enfermeira, ela faz em

cada consulta uma avaliação integral da criança (crescimento, imunização, alimentação) além do adequado exame físico, detecção de riscos e vulnerabilidade a saúde do recém-nascido na primeira consulta, orienta aos pais sobre os sinais de perigo na criança, fala da importância do teste do pezinho, do aleitamento materno até os 6 meses, pois a criança com esse tipo de alimentação apresenta menor mobilidade, prevenindo muitas doenças, além de suplementação com sulfato ferroso no primeiro ano de vida da criança, as outras especialidades como assistente social, médicos de família, nutricionista, odontólogo, realizam atendimento quando as crianças precisam. Todas as crianças saem da consulta de puericultura com a próxima consulta programada agendada, em nesta UBS temos 1 criança com atraso em consulta agendada, já visitada pela equipe de saúde, explicando a mãe da importância da consulta de puericultura, com respeito à saúde bucal em minha UBS já tem 26 menores de um ano avaliados sendo ele principal problema encontrado na puericultura, existe demanda de criança de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos tanto da área de cobertura quanto fora de área, mais não existe excesso de demanda.

As ações desenvolvidas nas consultas de puericultura são de prevenção seguimento nas imunizações, ações de prevenção de anemia, violência, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, da saúde mental o teste de pezinho, minha UBS não têm problemas com a consulta nos primeiros 7 dias após a entrega é feita de forma programada pelo agente de saúde e enfermeira, a triagem auditiva não é feita por falta de equipamento e especialista, outro de os problemas sinalados a secretaria de saúde do município, além de isso na UBS assim como em município se precisa de psicólogo somente para a área de saúde. Os profissionais utilizam os protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do Sistema de saúde como são encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviço de pronto socorro.

Os atendimentos da criança da puericultura são registrados em prontuários clínicos, formulário especial da puericultura, ficha de espelho de vacinas além de registro de enfermeiros os quais são revisados semanalmente em cada consulta com a finalidade de verificar crianças faltosas e entregar ao agente de saúde para marcação de próxima consulta. Lembrar que tudo isso se faz com um único objetivo menos crianças doentes e adultos mais saudáveis. É importante por último relatar

alguns aspectos que precisam ser corrigidos como o agendamento de consulta de odontologia para menor de 1 ano com mais frequência para evitar atraso, a triagem auditiva por falta de otoscópio na UBS, avaliação de saúde mental por falta de um psicólogo no município.

Considerar o pré-natal e pós-parto é um dos objetivos mais importantes de cuidados primários ao nível da UBS como um bom, eficiente, oportuna, consistente e pré-natal e pós-parto qualidade final que seria alcançado maior número de gestantes e com isso aumentaria a qualidade de saúde, tanto para o recém-nascido e da mãe, conseguindo assim uma redução da morte materna e infantil, cumprindo também o quinto objetivo do milênio 2015, por esta razão, entrar em uma análise exaustivo de atendimento pré-natal e pós-parto ao nível da UBS.

Antes de começar a abordar a questão pré-natal e pós-parto, é necessário tocar no assunto adolescência e planejamento familiar, como eu acredito que o principal problema desta questão está na gravidez não planejada e na adolescência, muitas vezes por falta de orientação o nulo realização de atividades de promoção e prevenção de doenças transmitidas sexualmente, gravidez e preparar o casal para um bom planejamento familiar, também escolher o momento ideal do ponto de psicológico, biológico e social. Isso pode ser feito de diferentes maneiras, alta eficiência para os cuidados primários de saúde, tais como a implementação de uma consulta com um grupo multidisciplinar técnica de planejamento familiar para casais ambos os adolescentes e adultos, doutor, enfermeira, psicólogo, enfermagem, agentes de saúde, questionando muitos problemas na área de trabalho, estabelecendo discussão, palestras educativas e adolescentes nas escolas e comunidade, o mais importante local para o adolescente que geralmente deixa a escola para se casar ou engravidar, quase inteiramente por falta de orientação.

A UBS tem um bom atendimento de pré-natal, que consiste na cobertura a dois postos de saúde, onde a população está dividida e a assistência ao pré-natal é realizada duas vezes por semana, 1 em cada posição para ter apenas uma mudança, mas para terminar, deixando a mãe com sua próxima visita agendada, além disso, a mãe pode ser servida em qualquer dia da semana, se for especificado para condições agudas de saúde, sem ter que agendar consulta.

Dentro das dificuldades encontradas na nossa UBS é a ausência de um protocolo atenção ao pré-natal, que foi questionado ao secretário municipal de saúde para implementar.

Na UBS são realizadas várias ações na atenção à saúde das gestantes, como os cuidados de enfermagem, médicos, atividades orais de prevenção e promoção da saúde sobre nutrição, aleitamento materno. Saúde bucal, atividade física, diagnóstico e tratamento, não sendo assim com a saúde mental já que o município tem apenas um psicólogo que trabalha no conselho tutelar, avaliação de risco e boa classificação da mãe através do protocolo de risco além da existência de arquivos que as mulheres grávidas são revistas todas as semanas, datas de vencimento para a entrega é feita de forma sistemática consulta e teste do pezinho do recém-nascido, bem como a evolução para puérperas e, portanto, a avaliação do programa é feito, esses arquivos são revisados pela equipe de saúde durante atenção. Na UBS temos um folheto contendo todas as informações para as gestantes, datas de vacinas, consultas odontológicas, psicólogo e nutricionista, exames exigidos por trimestre e não há problemas com isso, uma vez que você capturou a grávida a enfermeira é responsável de entregar os dados para o sistema de saúde, não temendo problemas este aspecto.

Uma das dificuldades na UBS é não ter um local para reuniões, palestras, apesar de ser feito no local da UBS ou sala da enfermeira, divididos em dois grupos, nos dois postos de saúde, técnico de enfermagem apenas em de enfermagem, médico, dentista, o resto da equipe não participar desta atividade não coincide com dia de atendimento.

Quanto ao puerpério na UBS não apresenta problemas.

Depois de ler o livro do controle câncer cervical e de conhecer as condições de acesso da população à atenção oncologia brasileira, cada custo mais elevado e alta complexidade, o Ministério da Saúde tem a necessidade de estruturar um serviço de rede que garante regionalizada e hierarquizada mulheres atenção abrangente porque são doenças que o diagnóstico precoce, oportuna é evitável e curável, aumentando a expectativa e qualidade de vida das mulheres nessa faixa de idade, mas o conselho estrutura a partir da base, com boa estrutura laboratórios, bem como um bom sistema de avaliação para acompanhamento e apoio das mulheres. O câncer de colo uterino é causado por um vírus chamado Vírus Papiloma Humano (HPV) que é contraído por contato sexual, o corpo da mulher na maioria é capaz de combater a infecção de HPV, mas alguns desses vírus conduzem um câncer, as mulheres com maior risco são as que fumam as que tiveram muitos filhos, as que utilizam pílulas anticoncepcionais por muito tempo, as que têm infecção por

HIV. No início não tem sintomas, mas depois pode haver dor na pélvis, sangramento vaginal, o médico pode encontrar as células anormais na citologia vaginal, o Papanicolau. Fazer exame Papanicolau periodicamente permite detectar e tratar qualquer problema antes que se converta em um câncer.

Na nossa Unidade Básica os profissionais de saúde orientam as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, fazem ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo. Fazem-se ações de educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo de câncer de colo uterino, fazem coleta de exame citopatológico nestes momentos, quem realiza a coleta de exame cito patológico de colo uterino em nossa UBS é a enfermeira. Muitos profissionais às vezes aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino o qual já temos tratado com nossa secretaria de saúde para dar solução a este problema, nós como profissionais investigamos os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame cito patológico de colo uterino em minha UBS.

Na nossa UBS tem um total de 682 mulheres entre as idades de 25 e 64 anos, fato que foi muito difícil de conseguir, já que nem a unidade nem o secretário de saúde tenham registrado a população feminina nessa faixa etária na UBS ter um protocolo estabelecido para este programa, que é muito baixa cobertura, porque a prevenção somente é feito uma vez por semana em um único turno de manhã, acho que por essa razão até agora somente foram realizados 126 exames cito patológico um atraso de 556 mulheres, também influencia a não realização consecutivamente a cada semana, pela enfermeira ter outras atividades que são interrompidas as atividades de prevenção dentro das dificuldades é que a cidade como um todo não tem nenhum laboratório para fazer estudo das mostras coletadas na UBS e são enviadas a uma cidade vizinha onde não tem muita confiabilidade do resultado em um dia forem avaliados 36 resultados e 32 tem o mesmo resultado, o município não tem controle de SISCOLO e SISMAMA ou dados que foi necessário pedido de última hora a Teresina.

Acho que esses problemas têm solução para o nosso nível, com uma boa distribuição da população nos grupos etários que nos permite fazer uma pirâmide populacional de acordo com os programas existentes na UBS, também aproveitar à cobertura das consultas médicas, odontologia e nutrição na UBS feita na orientação para as mulheres sobre a importância da realização de prevenção, bem como

umentar a cobertura da mesma realização de mais dias por semana e se possível, em dois turnos para prestar assistência para que as mulheres que trabalham e também muito importante é a implementação em seu sistema e programas SISCOLO SISMAMA comentários adequada com o secretário e UBS.

O câncer de mama se origina por uma anomalia genética (um erro em e material genético). Somente de 5 a 10 % de casos são produto de uma anomalia herdada da mãe o pai. Em torno de 85 a 90 % dos casos de câncer de mama tem em sua origem anomalias genéticas vinculadas ao processo de envelhecimento e desgaste natural da vida. Existem passos que toda pessoa pode seguir, para manter seu corpo o mais saudável possível, como seguir uma dieta balanceada, manter um peso saudável, não fumar, limitar ele consumo de álcool e fazer exercício de forma regular e um dos fatores de risco, que em ocasiões restam presentes para desenvolver o câncer de mama.

Em minha unidade básica, não se fazem ações de estímulo a prática regular de atividade física para as mulheres de área de cobertura.

Outro fator de risco muito importante é o sedentarismo, temos que trabalhar conjuntamente com educador físico para melhorar esses dois aspectos muito importantes. Em nossa UBS se fazem ações que orientam os malefícios do consumo excessivo de álcool se fazem nas consultas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, muito importante ajuda a prevenção de câncer de mama também, são realizadas ações de rastreamento do câncer de mama os usuários com suspeita de câncer sintomático são indicadas as mamografias, os usuários com fatores de risco.

Neste grupo tem um total de 203 mulheres, apenas 178 de mamografia tem em dia e apenas 25 com um atraso de mais de 3 meses é devido ao aumento da cobertura de consultas médicas como isso é feito cinco dias para semana e em ambos os períodos do dia, manhã e tarde, permanecendo neste programas apenas a ausência do grupo de idade e não existente de SISMAMA.

Doenças graves como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), são programas prioritários do Ministério da Saúde brasileiro para manter a boa saúde e evitar complicações, de modo a diminuir a morbidade e mortalidade por estas doenças. Mais de 50 % da população com Diabetes Mellitus e HAS não sabe que são portadores de doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicação.

Em amostra de formulário de inscrição UBS em relação a estas doenças nos permitiu coletar dados para ações programáticas registro Notebook visto que há o cadastro e lista de hipertensos e diabéticos da caixa com um total de 273 hipertensos representando estimativa de 47% da quantidade de população na área, dos usuários com Diabetes Mellitus foram 64 pessoas (45%) que eu acredito que é pouco e não a realidade da população, porque apesar de existir o programa e protocolo para as duas doenças não são realizados seus objetivos plenamente, as consultas são feitas com uma boa cobertura, não há excesso de atendimento apesar de que considere não há organização dos registros, realização de atividades em grupo, planejamento real, organização e gestão, bem como a avaliação e monitoramento ações, por isso é importante a implementação de um plano de ação na UBS.

São necessárias várias ações como, fazer um estudo de caso para prevalência e cadastramento dos casos mensais de ambas as doenças como incidência; aumentar pesquisa de pressão arterial de todos os usuários com mais de 20 anos que vão para a UBS e por meio dos agentes de saúde em suas ações a cada dia na comunidade; aumentar pesquisa de DM em usuários hipertensos com mais de 20 anos e os não hipertensos, com uma grande carga genética como, mães e pais diabéticos, sedentários, obesos. Organizar consultas anuais a cada hipertenso grupo de risco diabetes e avaliação prévia dos agentes de saúde e equipe de saúde da UBS para o diagnóstico precoce e assim evitar às complicações que levam o usuários a mortalidade precoce; programar a realização de exercícios físicos em ambos hipertensos e diabéticos com a presença de um educador físico na UBS; programar atividades tanto a educação, promoção e prevenção ao nível da comunidade para aumentar o conhecimento sobre essas doenças e presença de sintomas e sinais para evitar que o usuário vem apenas quando as complicações.

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida, atualmente existem no Brasil, aproximadamente 20 milhões de pessoas com 60 e mais anos, representando cerca de 10% da população do Brasil que pode ser considerado um país envelhecido. Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isso, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da

funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos para melhorar sua qualidade de vida. Nossa UBS o atendimento da pessoa idosa e feito todos os dias na semana em todos os turnos, de forma integral, também são programadas visitas domiciliares todas as semanas a os usuários idosos acamados, fazendo avaliação do contexto social e familiar que vive, e de seus potenciais e limitações, também o controle das condições crônicas nos idosos, o seguimento regular da terapêutica e detecção e intervenção precoce em agravos e agilizações, são desenvolvidas ações no cuidado de idoso como imunizações, programação de atividade física, diagnóstico e tratamento da obesidade, sedentarismo e tabaquismo.

A estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do CAP não parece adequada a minha realidade, pois na área da abrangência da UBS tem 394 pessoas com mais de 60 anos de idade.

Quando a pessoa idosa tem acompanhamento na UBS ou no seu domicilio sempre recebe orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular e importância da saúde bucal, tanto pelo médico como pela enfermeira, agentes de saúde e outros profissionais da saúde, com uma relação respeitosa, atentos e prudentes e utilização de uma linguagem clara para facilidade de compreensão.

Em minha UBS apesar de ter um programa e protocolo para o atendimento da pessoa idosa não tem criada caderneta de saúde para pessoa idosa, não tem um pessoal que realize o planejamento das ações, e fundamental incorporar um educador físico para não somente fazer reuniões de hipertensão e diabetes, mas como para realizar atividade física com os idosos.

Para ampliar a cobertura e melhorar aspectos do processo de trabalho com a pessoa idosa é necessário começar a entrega da caderneta aos 100% dos idosos, atualizar os registros de hipertensos, diabéticos e outras doenças crônicas por idade, fazer avaliação de fragilidade e risco para morbimortalidade avaliando os fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual e continuar o trabalho com a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções para restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.

Por tudo que antes foi descrito é muito importante fazer um plano de ações com os principais problemas encontrados para entregar aos gestores municipais e melhorar ainda mais o atendimento na Atenção Primária à Saúde ao nível da UBS.

Durante todo o processo de trabalho de análise situacional ainda não ganhou uma série sobre as questões relativas aos equipamentos de trabalho, apesar de estar ciente e nas mãos do gerente do programa municipal e de supervisão, tais como caixa de luz, oftalmoscópio, otoscópio, material de sutura, lâminas de bisturi, autoclave para esterilizar as coisas materiais de trabalho que esperamos em um curto espaço de tempo que pode ser resolvido, porém com a parte restante foi visto uma grande mudança que alcançou a UBS.

Ter um melhor controle das atividades dos trabalhadores de saúde para esta discussão semanal foi realizado para cada uma das seções da análise com toda a equipe de saúde fez primeiro um levantamento do número de familiares e quantos agentes têm que visitar por dia e através de protocolos existentes e emitidas pelo Ministério da Saúde, busca ativa em cada família para alcançar uma realidade objetiva de cada uma das doenças como importante problema de saúde encontrados em nosso estudo, não concordar ou se aproximando da média estimada considerando e descobrindo o Brasil durante o estudo também é ignorância subnotificação de protocolos de trabalho agora estão sendo estudados pelos oficiais e, em seguida, antes de continuarmos o nosso conhecimento sobre rastreamento, chegar à casa de todas as crianças menores de 1 ano e puérperas bem como a estabilidade em visitas a usuários acamados, evitando suas complicações e melhoria da qualidade de vida, incorporando a família como um todo, para a aquisição de conhecimento sobre a doença em questão.

1.3 Comentário comparativo entre o texto “Situação da ESF/APS” e o “Relatório da Análise Situacional”

Comparando com o primeiro texto em resposta à pergunta "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?", onde fizemos uma caracterização de nossa área de saúde, que foi superficial e os problemas identificados foram aqueles que eram à primeira vista, passados três meses de curso percebo que muitas coisas mudaram na unidade, os usuários já estão acostumados com o meu atendimento e a demanda tem aumentado, devido ao pouco conhecimento que tínhamos da nossa área. Com

a análise situacional, temos sido capazes de avaliar os pontos mais difíceis que temos no trabalho, foram identificadas deficiências que ficavam despercebidas e nos deu uma visão detalhada sobre os principais problemas que afetam nossa comunidade e as causas desses problemas.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do usuário, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006a).

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o

diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006b).

Minha UBS foi recentemente reformada, tem quartos adequado para o trabalho dia a dia, sala de espera e local do recebimento para o usuário recepcionista e técnica de enfermagem para a classificação de todos os usuários, além de sala de vacina, cura, aerossóis, farmácia, consultas médicas, odontológica, nutricionista, sala de enfermagem e de preparos para prevenção, pré-natal e puericultura, sala de limpeza, mais 2 banho para usuários um para usuários com deficiência, tendo a vantagem de nenhuma presença de barreiras arquitetônicas, todos com boas condições construtivas, muito importante é tem os elementos necessários para fazer uma boa recepção e classificação de cada usuários tem esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, não tem na consulta médica oftalmoscópio para realização de fundo do olho em esses usuários também têm dificuldade com o tempo de calibração do equipamento em pleno dentro das vantagens é que nós temos uma equipe de trabalho capacitado e estamos ansiosos para trabalhar composta por um médico Geral, um dentista, nutricionista, assistente de dentista, um cardiologista, três técnicos de enfermagem, dois enfermeiros e 7 agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e agente de limpeza.

A população tem um cadastro de 2901 usuários, distribuídos em 7 áreas, 3 e 4 urbana rural, em sua maioria jovens entre 20 e 59 anos, representando 53% (1539), usuários acima de 60 anos, apenas 13,5% (394). Na realização da análise situacional que somente havia registrado 273 usuários (47%) e 64 diabéticos (45%). Por esta razão em metas e objetivos nos propusemos com a nossa intervenção aumentar para 70% o inscrito, tratados e acompanhados em na UBS, o objetivo que pode ser alcançado facilmente de acordo com o tempo de atenção da nossa parte

na UBS, teria que atender como novo caso um total de 139 usuários hipertensos para atingir os 411 usuários segundo a estimativa para Brasil, no caso do Diabetes Mellitus seria um total de 45 usuários para completar 109 usuários, com um total de seis usuários por dia em dois turnos por 3 meses, em que em cada consulta se faria um estudo clínico completo, estudo da nutricionista, risco cardiovascular, dentista e médico cardiologista para quem precisa, bem como orientações gerais sobre doença, oportuna e tratamento eficaz para manter compensado, marcar reuniões com palestras para manter uma alimentação e prática de exercícios físicos, sempre que possível saudável pelo usuário.

Depois de fazer um estudo em profundidade da análise situacional da minha UBS chegamos á conclusão que onde mais existia dificuldade é a questão da hipertensão arterial e diabetes mellitus, eu acho que é uma questão de suma importância para a saúde da população, porque essas doenças com diagnóstico precoce, tratamento adequado, a identificação de risco cardiovascular, pronto atendimento de um cardiologista, ação conjunta com nutricionista, dentista e a presença de um psicólogo permite que o usuário a reconhecer, aceitar e aprender a viver com a sua doença, bem como uma qualidade de vida, evitando assim múltiplas complicações imediatas e mediatas.

A integração de toda a equipe de saúde com entusiasmo e realização do trabalho está sendo desejo da equipe por ser primeira vez que este projeto é implementado na UBS. A realização desta intervenção daria uma melhoraria 100% de atenção à saúde de toda a população e que iríamos reconhecer a doença em usuários com início impedindo que cheguem com presença de complicações graves, também fazendo o usuários a manter sua saúde estável apenas com uma alimentação saudável, boa educação e para a realização de exercícios físicos e um peso saudável antes de chegar ao tratamento farmacológico, todo esse projeto é muito importante porque aponta que existe uma grande quantidade de população que tem a doença e não sabem o que o nosso trabalho procurou conhecer e também aumentar o nível de saúde alcançando um aumento na expectativa de vida saudável e com boa qualidade.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS Novo Paquetá do município de Sussuapara/PI.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

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

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

Relativas ao objetivo melhorar o registro das informações:

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

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

Relativas ao objetivo Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

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

Relativas ao objetivo promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este trabalho trata-se de um diagnóstico seguido de intervenção que será realizada em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Sussuapara/PI, a temática principal abordada é a Hipertensão e a Diabetes, a presente intervenção será desenvolvida durante 12 semanas, acontecendo várias ações estruturadas dentro de quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

2.3.1 Ações

As ações serão apresentadas quanto ao objetivo proposto e eixo correspondente, posteriormente sendo apresentado o detalhamento da ação.

Objetivo 01: ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Melhorar em 100 % o acolhimento para os portadores de HAS e DM. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013, a ser realizado pelo médico.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

O monitoramento foi realizado através do controle da produção mensal dos atendimentos realizados pelo médico, agentes de saúde, enfermeira, ademais de monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa cada mês.

Detalhamento: O monitoramento será realizado através do controle da produção mensal dos atendimentos realizados pelo médico, agentes de saúde, enfermeira, ademais de monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa cada mês.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Realizar palestra educativa na UBS toda semana quinta-feira de manhã com os usuários presentes e na comunidade. Informando a comunidade sobre a existência do programa de atenção a hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A ser realizado pelo médico.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Serão realizadas capacitações para capacitar os profissionais da equipe de saúde e agentes comunitários de saúde sobre acolhimento e conhecimento sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus para uma adequada aferir a pressão arterial e hemoglicoteste na unidade de saúde. Estas capacitações serão realizadas pelo médico e enfermeira na primeira semana da intervenção na UBS.

**Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos
Unidade Básica de Saúde Novo Paquetá.**

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Estabelecer prioridade para atualização dos profissionais com dispor de versão atualizada do protocolo em unidade de saúde, organizar atualização dos profissionais de acordo com os protocolos.

Definir atribuições de cada membro de equipe no exame clínico de hipertenso e diabético cadastrado.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares assim como garantir a solicitação dos exames estabelecerem sistemas de alerta os exames preconizados.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde assim como realizar estoque de medicamentos.

Organizar ações para avaliação de necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e DM.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

Realizar cronograma de atualização de profissionais sobras e DM a ser realizado pelo médico.

Realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentação do Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013.

Realizar consulta médica e solicitar exames complementares conforme protocolo. A ser realizado pelo médico.

Realizar reunião com os profissionais da UBS para decidir o responsável pelo estoque de medicamentos. A ser realizado pelo médico e enfermeira.

Implantar planilha de entrada e saída de medicamentos na UBS a ser realizado pelo médico e pela enfermeira.

Apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pelo médico.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

Monitorizamos realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolos e com a periodicidade recomendada monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular.

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Orientamos a comunidade sobre a existência do programa para hipertensos e diabéticos em UBS.

Orientamos quanto à necessidade de realização de exame complementar e a periodicidade com que devem ser realizadas estas.

Orientamos em quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos farmácia popular/hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Orientamos a importância de realizar avaliação de saúde bucal especialmente em diabéticos e hipertensos.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A ser realizador pelo médico.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Capacitar a equipe em protocolo de atendimento em HAS e DM.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e DM.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe durante a reunião, a ser realizador pelo médico.

Objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Organizar visitas domiciliares por agentes de saúde comunitários para buscar os faltosos.

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

Detalhamento: Realizar reunião de equipe para capacitação dos profissionais sobre os protocolos adotados pela unidade de saúde. A ser realizado pelo médico.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de HAS e DM.

Revisar cumprimento de o previsto em intervenção em o processo de produção todos os meses.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM.

Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para as consultas de HAS e DM.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A ser realizado pelo médico.

No eixo qualificação da pratica clinica serão desenvolvidas as seguintes ações:

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

Detalhamento: Capacitar a equipe durante a reunião. A ser realizador pelo médico.

Objetivo 04: melhorar o registro das informações das consultas de HAS e DM.

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quando ao atraso em consultas, ao não realização de exame complementar, estratificação de risco, e não avaliação de comprometimento de órgãos alvos.

Implementar a ficha de acompanhamento e ficha espelho.

Pactuar com a equipe o registro e responsável pelo monitoramento.

Manter as informações do SAIB atualizadas.

Detalhamento: O monitoramento será realizado através do controle da produção mensal dos atendimentos realizados pelo médico, agentes de saúde, enfermeira, além de monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa cada mês e Implementar a ficha de acompanhamento e ficha espelho

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

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

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

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

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A ser realizado pelo médico.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

Objetivo 05: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Realizado pelo médico e enfermeira.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

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

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, peso, estilos de vida.

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

Detalhamento: Realizar consulta médica e orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, peso, estilos de vida. A ser realizado pelo médico.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Capacitar a equipe e ASC quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis de acordo com o protocolo de HAS e DM.

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

Capacitar a equipe para importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentar e discutir o Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pelo médico.

Objetivo 06: promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável com a presença da nutricionista adscrito a unidade da saúde.

Organizar e garantir com o gestor municipal práticas coletivas para orientação de atividades físicas com a presença de um educador físico.

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

Envolver o dentista dentro do programa para manter boa higiene bucal em usuários diabéticos e hipertensos.

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

Detalhamento: realização de palestras públicas pelo médico, nutricionista, dentista e equipe em geral.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional, realização de atividades físicas regular, orientação sobre os riscos de tabagismo, assim como orientação da higiene bucal em 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados em UBS.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Orientar os hipertensos e diabéticos e suas familiares sobre a importância de uma alimentação saudável a importância sobre a pratica de atividades físicas regular assim como orientar a os usuários tabagistas lá existência de tratamento para abandonar tabagismo.

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

Detalhamento: Realizar consulta médica e orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, peso, estilos de vida, importância sobre a pratica de atividades físicas regular assim como orientar a os usuários tabagistas lá existência de tratamento para abandonar tabagismo.

No eixo qualificação da pratica clinica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde alimentação saudável, pratica de atividades físicas regulares, para tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Capacitar a equipe durante a reunião. A ser realizador pelo médico.

2.3.2 Indicadores.

Indicadores referentes ao objetivo de Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Indicadores referentes ao objetivo melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

Indicadores referentes ao objetivo de Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Indicador 3.1. Proporção de Hipertensos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

Indicadores referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Indicadores referentes ao objetivo de Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

Indicadores referentes ao objetivo de melhorar a promoção de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o protocolo de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus para atenção básica em saúde janeiro 2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Utilizaremos a ficha de atenção a hipertensos e diabéticos da UBS e atenção em saúde bucal destas mesmas doenças (Anexo A) disponíveis na UBS. A ficha prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame clínico e dados relativos à classificação de risco, ademais de encaminhamentos a nutricionista de nossa área, mais às vezes são incompletos e incorretos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao

monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vai elaborar uma ficha complementar. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas complementares necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas de acompanhamento. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha manual de coleta de dados (Anexo B), pois não temos ainda sistema eletrônico de coleta de dados. O trabalho está aprovado pelo comitê de ética (Anexo C).

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para consulta de acompanhamento. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha complementar que também serão usadas por os agentes de saúde comunitários. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, mais os fatores de risco cardiovasculares, atraso com dentista e com nutricionista de os já cadastrados.

A logística referente às ações do eixo de qualificação da prática clínica se dará da seguinte maneira, para as ações de capacitação temos: Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para pesquisa ativa dos usuários com fatores de risco ou mobilidade oculta na população e cadastramento dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial e glicemia capilar, interpretação dos resultados dos exames complementares e presença de fatores de risco sociais e biológicos de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, para a realização de exame clínico apropriado assim como de glucoteste para glicemia capilar, seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento, acompanhamento assim também encaminhamento deles; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular; capacitar à equipe na avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, assim como na realização de palestras educativas para os usuários já doentes e os que tenham fatores de risco, familiares e toda a comunidade, também conhecer como orientar os usuários com a realização de exercícios físicos periódicos sempre que seja possível. Todas essas ações de

capacitação serão realizadas na própria UBS, durante as reuniões, no espaço reservado para as reuniões de equipe. Serão realizadas pelos próprios profissionais do UBS, em conjunto com os profissionais do NASF e a população alvo será os próprios profissionais. Essas capacitações terão o intuito de alcançar um maior conhecimento e preparação pelos integrantes da equipe e assim melhorar a atenção de saúde da comunidade e oferecer um serviço de qualidade e multiprofissional. E para tal se utilizarão materiais como manuais e protocolos do Ministério da Saúde, papel e caneta, computadores e Data-show.

Da mesma forma acima citada, serão realizadas capacitações e treinamentos com toda a equipe para capacitar os ACS para a orientação dos hipertensos e diabéticos no sentido de quando devem realizar suas consultas e em qual periodicidade, também os exames laboratoriais; capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento desses usuários e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; capacitar a equipe para realizar a estratificação de risco, além de orientar quanto às estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis; capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde e sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas e sobre orientações de higiene bucal.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo, na análise situacional e a definição de um foco para intervenção, já foi discutida com a equipe da UBS essa situação. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual da atenção a hipertensos e diabéticos para que toda a equipe utilize esta referência na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 01 hora ao final de cada semana, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe mais primeiramente se emitiram aulas para ACS, técnicos de enfermagem sobre os protocolos emitidos pelo ministério de saúde.

No que se refere à logística para as ações de organização e gestão do serviço, pretendemos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa por meio do trabalho dos ACS e melhorar o acolhimento aos usuários. O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem.

Durante a reunião de equipe vamos definir as atribuições de cada membro da equipe nos exames clínicos dos usuários. Na mesma oportunidade pretendemos estabelecer a periodicidade das atualizações e organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos da unidade de saúde. Além disso, todos os profissionais poderão se apossar de uma versão atualizada dos protocolos que serão impressos pela enfermeira e ficará a disponibilidade na unidade.

Pretendemos chamar o gestor municipal de saúde para participar de uma reunião com a equipe para que ele possa tomar conhecimento da intervenção e vamos aproveitar o momento para garantir que os profissionais possam fazer a solicitação dos exames complementares e que haja agilidade para a realização dos mesmos; garantir o material adequado para a coleta da mostra e demandar o apoio dos profissionais do NASF, como nutricionista e educador físico naUBS para auxiliarem nas ações de promoção de saúde a essa população, além de manter a presença de medicamentos para o tratamento deles sim precisarem.

A equipe de enfermagem e o médico pretendem organizar uma planilha que servirá como sistema de alerta para os exames complementares preconizados; para o atraso nas consultas de acompanhamento, a não realização da estratificação de risco. Essa planilha será preenchida e atualizada uma vez por mês, a cada consulta dos usuários. A técnica de enfermagem será responsável por realizar o controle de estoque e validade das medicações, além de manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados. Fará isso mensalmente, por meio de uma listagem das medicações.

A organização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, bem como a agenda para as consultas ficará a cargo da equipe de saúde bucal. Além disso, também organizarão o tempo médio das consultas a fim de ter tempo para orientações individuais.

Os ACS farão a organização das visitas domiciliares por micro área de abrangência para buscar as usuários faltosas e a recepcionista organizará a agenda para suprir essa demanda. Essas visitas serão realizadas pela enfermeira, médico e ACS e será utilizado o meio de transporte da secretaria de saúde.

Ficará sobre responsabilidade da enfermeira e do médico manter atualizadas as informações, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações e o responsável pelo monitoramento desses

registros. Para tal será necessário computador com acesso à internet que ainda não temos, mais o trabalho será feito.

Toda a equipe deverá conhecer os usuários de risco para poder priorizar a sua atenção e organizar a agenda para o atendimento dessa demanda. Isso será feito através de uma listagem das usuários de risco, que será confeccionada pelo médico e pela enfermeira e disponibilizada a todos os membros da equipe.

A organização das práticas coletivas será feita em conjunto, por toda a equipe e os temas se referem à alimentação saudável e orientação para atividade física. Para tal serão utilizados recursos audiovisuais como vídeos, músicas, panfletos e cartazes.

A logística referente às ações do eixo de engajamento público se dará no sentido de informar a comunidade sobre: a existência do Programa de Atenção a hipertensos e diabéticos da unidade de saúde; sobre a importância de trabalhar com os usuários faltosos a consulta de acompanhamento, trabalho de risco cardiovascular; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações no hipertensos e diabéticos; quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados os mesmos. Além disso, vamos orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas de hipertensão, de diabetes, a importância da realização e periodicidade das consultas; sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros e acesso a segunda via; quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e adequado controle dos fatores de risco modificáveis, pois pretendemos ouvi-los nessas atividades sobre as estratégias que podemos tomar para não ocorrer à evasão desses usuários.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas, o cadastro e o diagnóstico precoce da hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

As minhas ações previstas no projeto em sua maioria foram desenvolvidas de forma integral, encontrei muitas dificuldades ao longo dos meses da intervenção. A falta de cadastramento dos usuários tornou o trabalho mais difícil, como identificar os hipertensos e diabéticos da minha área sem ter o registro de todos os usuários que estão em minha área? A falta de estrutura da unidade como, por exemplo, a ausência de um digitador que a medida da intervenção fora digitando e cadastrando cada um de os hipertensos e diabéticos que deram entrada no programa, a ausência de um psicólogo de saúde assim como de um educador físico na área também prejudicou a realização dos grupos e atividades coletivas, estas poderiam ter sido realizadas com uma qualidade maior, além de isso é muito bom relatar que a organização e apoio do gestor foi muito bom, mais a incorporação do dentista da área e nutricionista muito ligado ao projeto.

As ações previstas relacionadas a monitoramento e avaliação e engajamento público foram realizadas integralmente, bem como algumas atividades de gestão e organização do serviço, são estas as ações desenvolvidas integralmente:

- Monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde semanalmente.
- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

- Monitorar a realização de orientação nutricional de hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e Diabetes.
- Garantir Material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e para realização do hemoglicoteste.
- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/ registro específico de acompanhamento.
- Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão Arterial sustentada maior de 135/80mmHg
- Orientar a comunidade sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe de saúde para cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Algumas ações em sua maioria as que envolviam equipe completo foram realizadas de forma parcial, já que não tive minha equipe completo por falta de um educador físico, um psicólogo e um digitalizador:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre promoção da pratica de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registros 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.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Tanto pela falta de tempo como pela falta de estrutura da unidade e de uma equipe para me apoiar algumas atividades não foram desenvolvidas, creio que em outro momento em que as coisas já estiverem de forma mais encaminhada com relação ao cadastramento dos usuários as seguintes atividades poderão ser realizadas.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educador físico nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver psicólogo da saúde nesta atividade.
- Demandar junto ao gestor necessidade de acrescentar a quantidade de medicamentos de uso em essas doenças envolvidas em na intervenção, também o aumento da quantidade e qualidade de atendimento em farmácia da UBS

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

Tive grande dificuldade para compreender a planilha de coleta de dados no início, o tempo que levamos para os registros também dificultou um pouco. Tudo isso devido a que minha UBS foi reaberta depois de muitos anos de reconstrução e ampliação das áreas de atendimento e não tem um registro verdadeiro de usuários cadastrados, por essa razão nós fizemos nossa intervenção por uma estimativa pelo ministério de saúde do Brasil em correspondência com a população total da área de trabalho.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.

Agora ao final da intervenção que tive a total certeza do entusiasmo e desejo de trabalhar dos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiras, recepcionistas, nutricionista, dentista e os demais profissionais foi possível integrá-los as minhas atividades, percebo que eles estão bem abertos a possibilidade de darmos continuidade nas atividades que venho desenvolvendo, estamos no momento realizando o cadastramento dos usuários de minha área e após vamos realizar um diagnóstico da situação desta população e assim conseguiremos planejar nossas ações de acordo com as necessidades destes usuários, acho muito valido o uso dos instrumentos disponibilizados durante o curso e pretendo incorporar eles a rotina da minha UBS.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde Novo Paquetá no município de Sussuapara/ PI, sendo direcionada para os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS.

Os resultados quantitativos e qualitativos serão apresentados com base nos objetivos, metas e indicadores propostos, examinando a evolução ao longo dos três meses de intervenção.

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

A intervenção tinha como um dos objetivos centrais o aumento de cobertura de atendimento a hipertensos. Na área de cobertura da UBS havia estimado 441 hipertensos com 20 anos ou mais, estimativa Vigitel 2011. No primeiro mês de intervenção cadastramos um total de 108 hipertensos (24.5%), no segundo mês totalizou 224 (50,8%) dos hipertensos estimados para a área da UBS e no terceiro mês de intervenção a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde totalizou atingiu 73,9% dos hipertensos estimados para a área da UBS, equivalendo a 326 hipertensos, conforme mostrado na figura 1.

Ao final de os três meses de intervenção conseguimos atingir a meta proposta de cobertura a hipertensos que era de 70%%. Creio que este fato foi devido ao trabalho desenvolvido pela equipe durante todo este tempo, além disso,

também, eu acho que o entusiasmo da população e equipe em geral e a ajuda dos gestores do município e do digitalizador foram fundamentais.

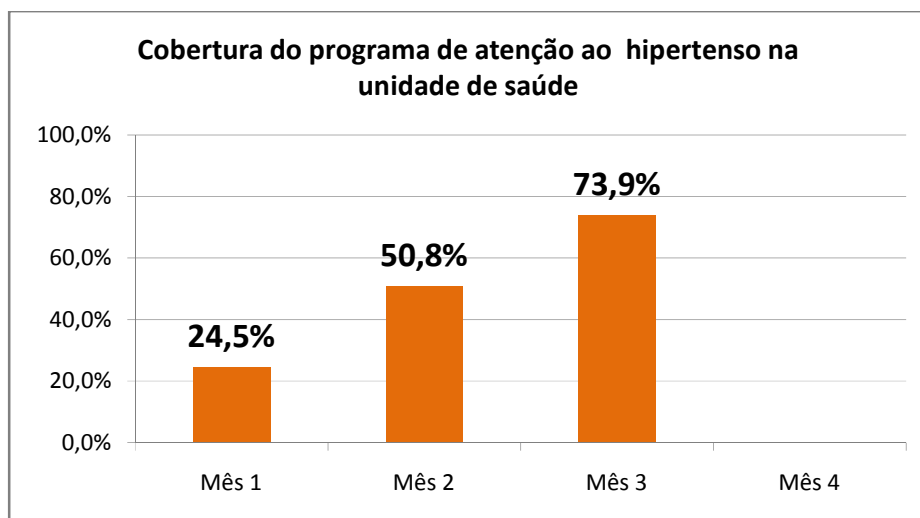


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Novo Paquetá.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPEL.

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A estimativa foi que em nosso território tivesse um total de 109 diabéticos com 20 anos ou mais, porém ao final da intervenção cadastramos 117, superando nossa expectativa. No primeiro mês de intervenção cadastramos um total de 34 diabéticos (29,1%), ao final do segundo mês a cobertura do programa atingiu 69,2% dos diabéticos da área, que corresponde a 81 usuários, no terceiro mês a cobertura do programa atingiu 100% dos diabéticos da área cadastrados no programa da Unidade, que equivaleram a 117 usuários.

Conseguimos ultrapassar a meta de 70% de cobertura do programa, isso foi possível pelo trabalho feito pelos agentes comunitários de saúde, além disso, pelos líderes não formais da comunidade assim como o trabalho de toda equipe de saúde e gestores municipais.

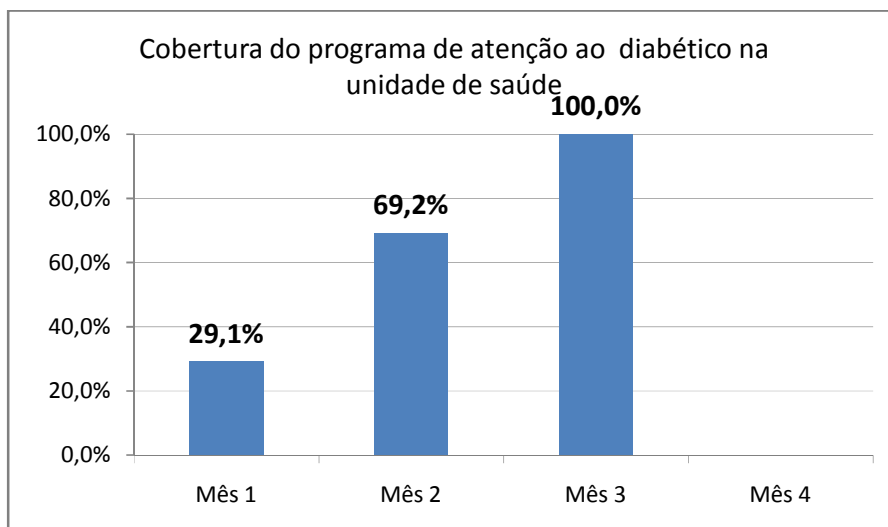


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Novo Paquetá.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados-UFPel.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos na Unidade de Saúde.

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

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

Ao longo dos três meses conseguimos realizar o exame clínico apropriado em quase todos os usuários hipertensos com 20 anos ou mais que foram acompanhados atingindo um total de 97,5% dos hipertensos, sendo que no primeiro mês acompanhamos um total de 104 (96,3% dos cadastrados no mês), no segundo mês atingimos 96,9% dos hipertensos cadastrados (217) usuários e no terceiro a proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo atingiu 97,5% (318 usuários). Neste caso ficaram somente 8 usuários pendentes do exame clínico.

O exame clínico apropriado é uma rotina nas consultas e permite identificar possíveis complicações, apesar de requerer um maior tempo de consulta é de extrema importância.

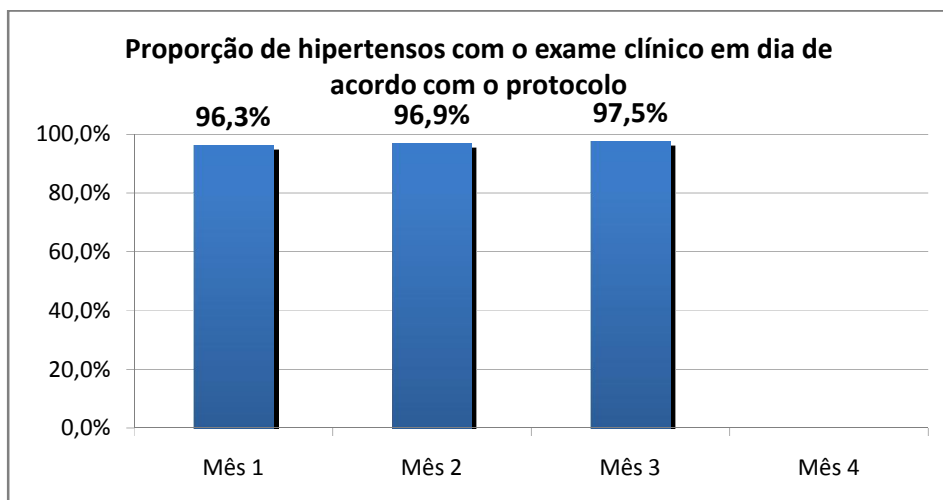


Figura 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Novo Paquetá.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPel.

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

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

No que se refere à meta de realizar o exame clínico apropriado em diabéticos com 20 anos ou mais nós conseguimos ao longo dos três meses atingir a proporção de 99,1% dos diabéticos cadastrados no programa com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. No primeiro mês foram 33 usuários (97,1%), no segundo mês a proporção atingida foi de 98,8% (80 usuários) e no terceiro mês conclui a intervenção com 99,1% dos diabéticos cadastrados no programa da unidade com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, o que equivaleu a 116 usuários. Neste caso somente ficou 1 usuário sem o exame clínico de acordo com o protocolo.

No caso dos diabéticos o exame clínico apropriado pode identificar possíveis complicações decorrentes da doença, a avaliação das extremidades e da sensibilidade do usuário é indispensável, o exame clínico apropriado acaba por levar mais tempo durante a consulta, mas se faz necessário.

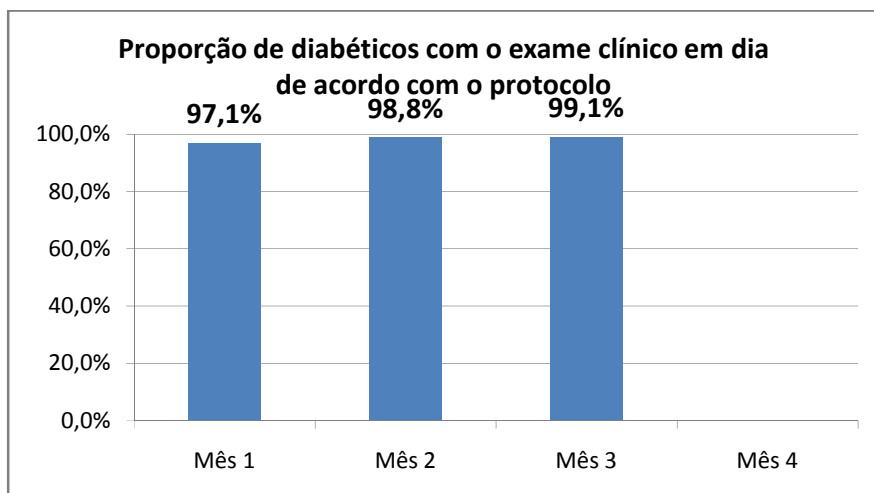


Figura 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Novo Paquetá.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPel.

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

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

No decorrer do primeiro mês dos 108 usuários cadastrados 104 (96.3%) estavam com os exames complementares em dia, ao final do segundo mês a proporção foi 96,9% (217 usuários) dos hipertensos cadastrados no programa, ao final do terceiro mês a proporção foi de 97,5% (318 usuários) dos hipertensos com os exames complementares em dia. Ao longo dos meses de intervenção enfrentei dificuldade de conseguir os exames complementares para alguns usuários.

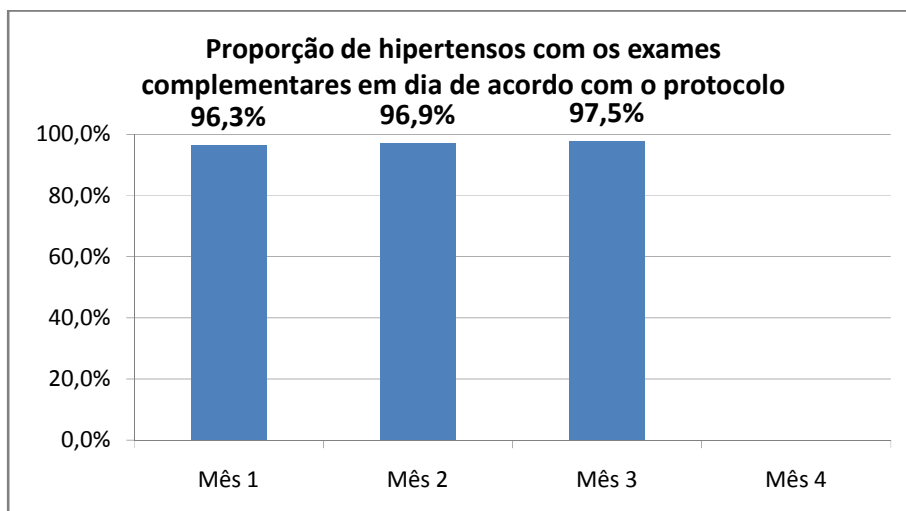


Figura 5- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Novo Paquetá.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPel.

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

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

No primeiro mês de intervenção dos 34 diabéticos cadastrados um total de 34 (100%) estava com os exames complementares em dia, no segundo e terceiro a proporção foi de 100% dos diabéticos com exames complementares em dia, sendo que no segundo mês atingiu com 81 usuários e no terceiro mês 117.

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

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

Nem todos os Hipertensos com 20 anos ou mais que são acompanhados na unidade possuem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, uma proporção de 89% do total, sendo no primeiro mês 99 usuários (91.7%), no segundo mês a proporção foi de 90,6% dos hipertensos cadastrados no programa (203 usuários) e no terceiro mês a proporção total atingida com o final da intervenção foi de 89% (290 usuários) dos hipertensos cadastrados no programa da Unidade.

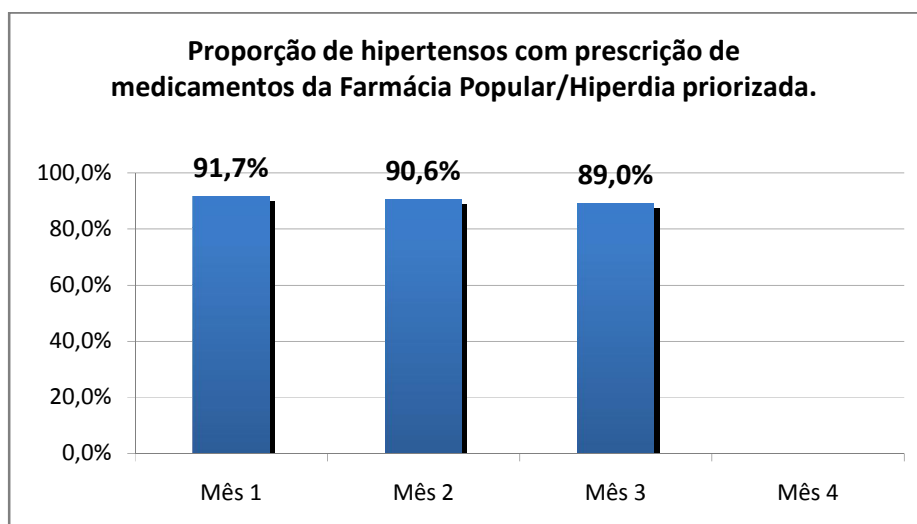


Figura 6-Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Novo Paquetá.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPEl.

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

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

No primeiro mês a proporção foi de 93,9% dos diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada, que representou 31 usuários, no segundo mês esta proporção foi de 95% do diabéticos (76 usuários) e no terceiro mês a proporção foi de 91,4% (106 usuários) dos diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

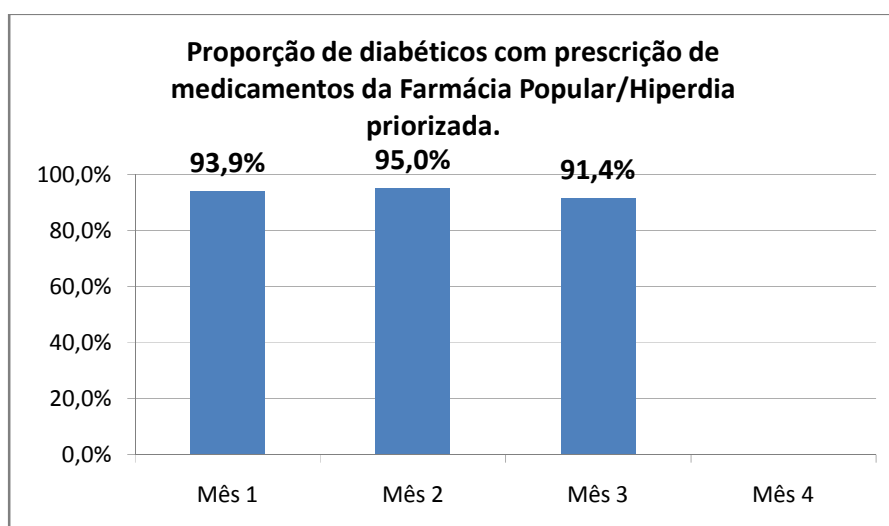


Figura 7-Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Novo Paquetá.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPel.

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

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

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 108 usuários hipertensos acompanhados, 63 (58.3%) tiveram avaliação odontológica, no segundo mês a proporção foi de 39,7% (89 usuários) dos hipertensos do programa, ao final do terceiro mês a proporção foi 35,6% (119 usuários) de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O que dificultou que a meta de avaliação da necessidade de atendimento odontológico fosse atingida foi à falta de material do trabalho para o dentista na unidade, o registro que possui são de usuários encaminhados por alteração visíveis ou que buscavam atendimento odontológico em outras unidades e relatavam durante a consulta.

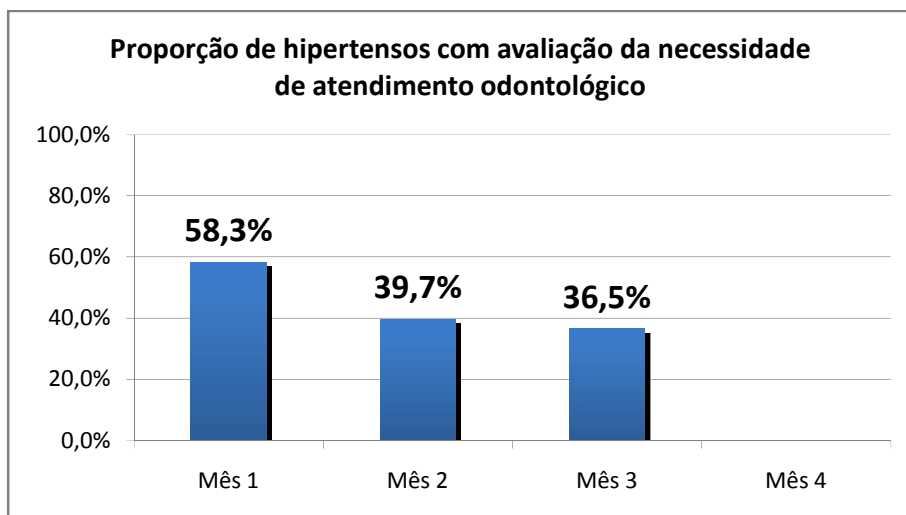


Figura 8- Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Novo Paquetá.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPel.

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

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

Dos 34 usuários diabéticos acompanhados no primeiro mês um total de 24 (70.6%) teve avaliação odontológica, no segundo mês a proporção foi 46,9%

(38usuários) dos diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, e no final da intervenção, terceiro mês, a proporção atingida foi de 46.2%, (54 usuários) dos diabéticos cadastrados no programa da unidade. O que dificultou que a meta de avaliação da necessidade de atendimento odontológico fosse atingida foi à falta de material do trabalho para o dentista na unidade, o registro que possui são de usuários encaminhados por alteração visíveis ou que buscavam atendimento odontológico em outras unidades e relatavam durante a consulta.

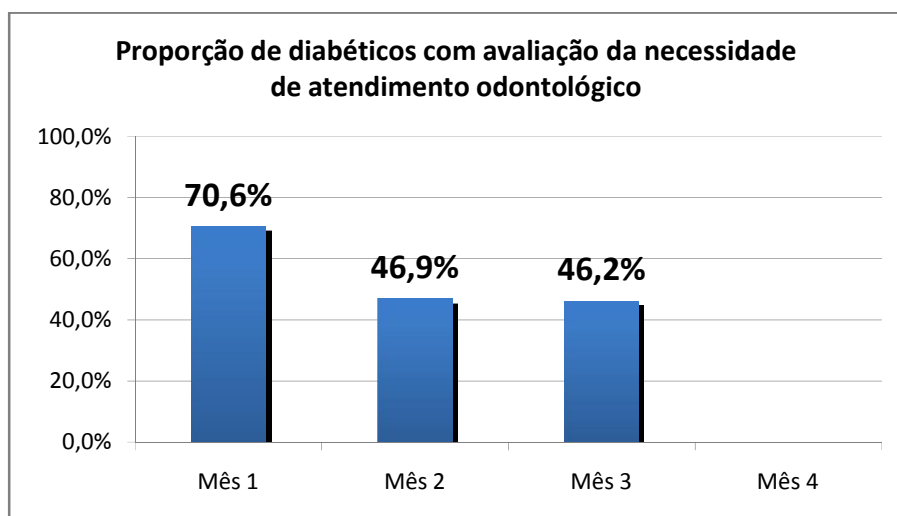


Figura 9 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Novo Paquetá.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPEl.

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

Meta3. 1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Ao longo do primeiro mês da intervenção um total de 12 usuários hipertensos faltou à consulta, conseguimos realizar a busca dos 12 (100%), no segundo e terceiro mês a proporção atingida foi 100%, sendo que no até o segundo mês foram 18 usuários e até o terceiro 21.

A busca ativa foi muito bem acolhida por os agentes comunitários e além de isso o apoio dos demais profissionais da unidade asse como do gestor que sempre

proporcionou os meios de transporte adequado para realizar a busca ativa de cada um dos usuários faltosos, foi possível chegar a 100% dos usuários .

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

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

Nos três meses de intervenção a proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa foi de 100%, sendo que no primeiro mês foram 2 usuários buscados e no terceiro mês fechamos a intervenção com um total de 5 buscas realizadas.

A busca ativa foi muito bem acolhida por os agentes comunitários e, além disso, o apoio dos demais profissionais da unidade como do gestor que sempre proporciono os meios de transporte adequado para realizar a busca ativa de cada um dos usuários faltosos, foi possível chegar a 100% dos usuários .

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Ao longo dos três meses 100% dos hipertensos com 20 anos ou mais que são acompanhados tiveram o registro adequado com prontuário e ficha espelho. Isto tem feito parte da rotina da consulta, apesar de requerer um maior tempo durante a consulta entendo como importante o registro adequado.

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

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

Durante os três meses de intervenção o registro adequado na ficha de acompanhamento foi realizado em 100%, apesar de requerer maior tempo durante a consulta foi realizado de forma integral.

Objetivo 5. Realizar mapeamento nos hipertensos e diabéticos de risco pra doenças cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês de intervenção acompanhei um total de 108 hipertensos, destes 103 (95,4%) foi realizado a estratificação do risco cardiovascular, no segundo mês a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular foi 97,3% dos hipertensos cadastrados no programa (218 usuários), no terceiro mês esta proporção finalizou com 98,2% (320 usuários) dos cadastrados no programa.

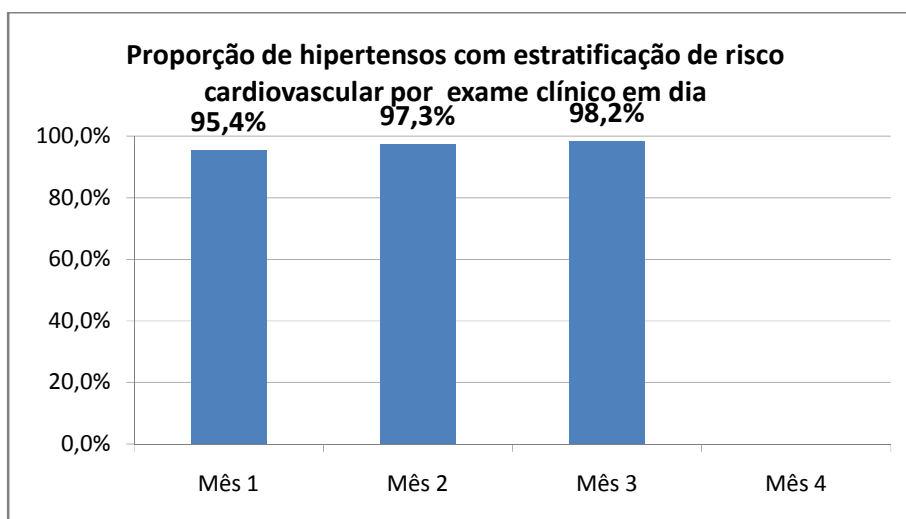


Figura 10 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Novo Paquetá.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPel.

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

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

No final do primeiro mês de intervenção dos 34 diabéticos acompanhados, 97,1% (33) possuíam a estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês a proporção dos diabéticos com estratificação do risco cardiovascular foi de 98,8% (80

usuários) e no final do terceiro mês esta proporção finalizou com 99,1% dos diabéticos cadastrados na Unidade.

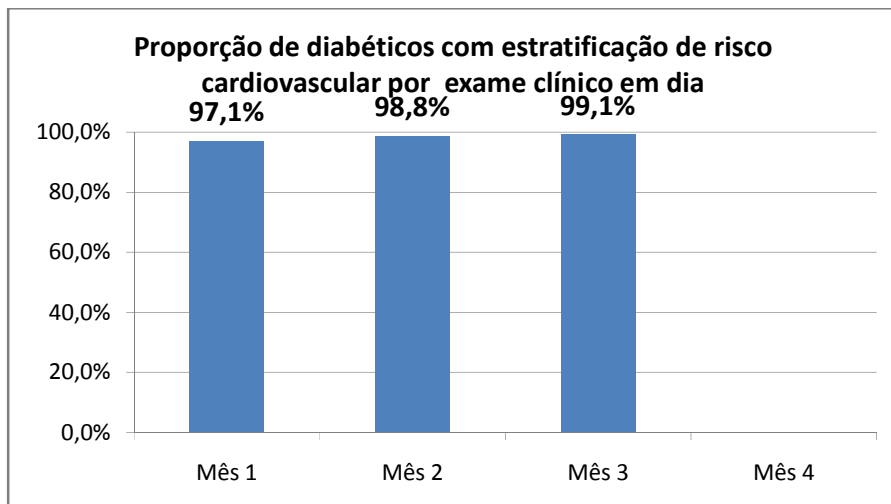


Figura 11 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Novo Paquetá.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados – UFPel.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Nos três meses de intervenção a orientação nutricional sobre alimentação saudável foi parte da rotina das consultas, assim como palestras públicas com os usuários da UBS por parte da equipe e nutricionista da área, terminando a intervenção com a meta atingida em 100% em todos os meses.

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

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

Ao longo da intervenção fiz das orientações, em específico as que se referem à alimentação saudável uma rotina durante as consultas, palestras públicas com os usuários da UBS, por parte da equipe e nutricionista da área, ao final dos quatro meses atingimos a meta em 100%.

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

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

A atividade física regular é de extrema importância, cabe a nós médicos orientar os usuários de sua importância na prevenção de complicações, adotando isso como uma rotina durante as consultas. Conseguimos atingir a meta em 100% em todos os meses de intervenção.

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

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

Todos os diabéticos foram orientados em minhas consultas sobre a importância da prática de atividade física regular, esta foi uma meta atingida em 100% nos três meses de minha intervenção.

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

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

Hoje em dia o tabagismo é um problema de saúde pública, ele é responsável pelo agravamento de diversas doenças, a orientação sobre os seus riscos deve ser constante, tendo isto em mente todos os usuários receberam orientações durante as consultas, me levando a atingir minha meta em uma proporção de 100% em todos os três meses de intervenção.

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

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

Os riscos do tabagismo para os diabéticos são os mais variados, é de grande importância que orientemos nossos usuários sobre eles, adotando como

uma rotina em minhas consultas orientei 100% de meus usuários em todos os meses de intervenção.

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

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

Apesar de não ter a capacidade total de atendimento por dentista na unidade achei importante orientar os usuários hipertensos que acompanho sobre a importância da higiene bucal adequada, ao longo dos três meses consegui minha meta de forma plena atingindo 100%.

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

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

Quanto à proporção de diabéticos que foram orientados sobre a importância da higiene bucal foi de 100%, sempre lembrando a eles que também devem fazer uma avaliação com um dentista.

4.2 Discussão

Com a intervenção em minha unidade básica de saúde foi possível realizar o levantamento de hipertensos e diabéticos da minha área, até então não existia Estratégia de Saúde da Família no território em questão, por isso eu trabalhei com estimativa de acordo a quantidade da população como denominador e por tanto não havia registro dos usuários que são hipertensos e diabéticos somente registro em prontuário. Foi possível ainda, identificar as maiores dificuldades do território e as dúvidas dos usuários com relação à hipertensão e diabetes, houve uma melhora considerável nos registros, a unidade adotou a ficha espelho como forma de registro e controle.

A intervenção teve um grande impacto na equipe, serviu para mostrar a importância do cadastramento dos usuários e do planejamento das atividades, como não havia estratégia na unidade a equipe teve que aprender como trabalhar na lógica da ESF, apesar de muitas dificuldades e resistência por parte da equipe no início (ACS), após receber a capacitação sobre hipertensão e diabetes, o entusiasmo foi muito por parte de minha equipe e todos trabalharam em função disso. Estamos avançando para a implantação da lógica da ESF de forma integral.

O serviço foi muito beneficiado como um todo, o fato de agora ter planejamento de consultas, serem agendadas e não atendermos apenas a demanda espontânea, já foi um avanço para o serviço, além da organização dos registros através da ficha espelho e da melhor divisão das atribuições dos profissionais da equipe.

A comunidade já percebeu a diferença do serviço prestado na lógica da ESF, creio que a intervenção contribuiu para iniciar essa mudança na forma como o serviço é prestado beneficiando assim a população, ainda as atividades de grupo deixam evidente a comunidade à importância de trabalhos como esse, a cobertura ainda é pequena, mas a tendência agora, que a equipe está focada no trabalho e ainda mais entusiasmada, é ampliar ainda mais para atingir 100% do usuários hipertensos e diabéticos incorporados ao programa.

Se fosse realizar a intervenção neste momento eu iria distribuir melhor as atividades na equipe já que somente agora tem conhecimento total e também conseguiria discutir mais os objetivos da intervenção, acho que conseguiria um melhor resultado na questão de cobertura e teria uma maior facilidade de identificar os líderes comunitários já que agora contamos com um bom trabalho dos ACS.

A idéia da equipe é de incorporar as ações e o monitoramento dos resultados à rotina do serviço. Todos da equipe têm a consciência que isto vai contribuir para identificarmos os pontos a serem melhorados na atenção a hipertensos e diabéticos, creio que no momento as melhorias serão a melhor divisão das tarefas entre os membros da equipe.

Os ACS já estão cadastrando os usuários de cada micro área, a expectativa é que até o final do próximo mês tenhamos um panorama da situação de nosso território, após pretendemos ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, já estamos desenvolvendo outras atividades na unidade como pré-natal e puerpério, puericultura, atenção ao idoso e coleta de citopatológico do colo do útero.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Com a idéia de buscar um aumento na cobertura e uma melhoria na qualidade do atendimento a hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais, foi realizada na unidade Novo Paquetá uma intervenção com duração de 12 semanas. As atividades foram realizadas com os usuários da área adstrita da minha equipe, a

intervenção foi embasada em uma análise situacional realizada para identificar as fragilidades no serviço e na atenção à população. Esta intervenção foi alicerçada em quatro eixos, avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica.

Consegui atingir bons resultados ao longo da intervenção, durante as 12 semanas foi possível chegar a uma cobertura de atendimento de 326 (73,9%) hipertensos e de 117 (100%) para diabéticos sendo que no primeiro mês de atendimento a cobertura era de 108 (24,5%) Hipertensos e de 34 (24,8%) diabéticos, no segundo mês a cobertura atingida chegou a 224 (50,8%) dos hipertensos estimados para a área da UBS e de 81 (69,2%) para os diabéticos. Outros resultados importantes foram atingidos no final das 12 semanas como 97,5% de usuários hipertensos e 99,1% de usuários diabéticos com exame clínico realizado de forma apropriada e com prescrição de medicamentos da farmácia popular foram 89% dos hipertensos e 91,4% dos diabéticos, solicitei a todos os exames complementares, mas foram avaliados 97,5% para hipertensos e 100% para diabéticos e realizei a estratificação de risco cardiovascular em 98,2% dos usuários hipertensos e 99,1% para os diabéticos, ainda realizei orientações para 100% dos usuários atendidos com relação à importância de diversos cuidados como alimentação saudável, riscos do tabagismo, importância da higiene bucal e prática de exercícios físicos frequentes, entre outros, como forma para evitar complicações e agravos, na unidade no que se trata de gestão do serviço e o processo de trabalho implantamos ficha espelho para o monitoramento dos usuários .

A intervenção trouxe vários benefícios para o serviço. Foi possível ainda, identificar as maiores dificuldades do território e as dúvidas dos usuários com relação à hipertensão e diabetes, houve uma melhora considerável nos registros, a unidade adotou a ficha espelho como forma de registro e controle, além disso, serviu para mostrar a importância do cadastramento dos usuários e do planejamento das atividades, após receber a capacitação sobre hipertensão e diabetes, o entusiasmo foi muito por parte de minha equipe e todos trabalharam em função disso. Estamos avançando para a implantação da lógica da ESF de forma integral. O serviço foi muito beneficiado como um todo, o fato de agora ter planejamento de consultas, serem agendadas e não atendermos apenas a demanda espontânea, já foi um avanço para o serviço, além da organização dos registros através da ficha espelho e da melhor divisão das atribuições dos profissionais da equipe. Por isso a

comunidade já percebeu a diferença do serviço prestado na lógica da ESF, creio que a intervenção contribuiu para iniciar essa mudança na forma como o serviço é prestado beneficiando assim a população.

Durante as 12 semanas tivemos poucas dificuldades, como, a falta de equipe completa por necessidade de um psicólogo para saúde, um educador físico para UBS e a demora na disponibilização de um digitalizador e um computador e internet para a UBS, creio que se os gestores aprimorarem estes itens a cobertura e a qualidade do atendimento poderiam ser muito maiores.

Dessa forma pretendemos manter como rotina na UBS este processo de trabalho realizado durante a intervenção. Atualmente estamos em processo de cadastramento do território, com agentes comunitários e enfermeira a expectativa é de ter uma melhora nos indicadores, como sugestão relatamos que a implantação de uma Estratégia de Saúde com os princípios básicos da Atenção Primária ou de primeira ordem para o usuário ajudaria na integralidade de nossas ações na unidade.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Durante 12 meses a Unidade de Saúde Novo Paquetá do município Sussuapara/PI, passou por um período de renovação no atendimento as pessoas que possuem hipertensão e diabetes. Neste período foi realizada uma intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.

A opção por trabalhar com os hipertensos e diabéticos foi devido a uma análise realizada em nossa unidade e como resultado desta análise chegamos à conclusão que se fazia necessário um planejamento de ações nesta área.

Foram desenvolvidas várias atividades que beneficiaram o serviço como a formação contínua de toda a equipe durante e após a intervenção, a implementação da ficha espelho para os registros de usuários , além do prontuário, ficou melhor a organização dos atendimentos, não somente de cuidados urgentes, mas também de visitas domiciliares a usuários deficientes e acamados organizados regularmente e estão programadas na unidade no que se trata de gestão do serviço e o processo de trabalho.

Os profissionais também foram beneficiados, pois houve capacitação da equipe, que os tornaram mais preparados para atender os hipertensos e diabéticos, além disso, serviu para mostrar a importância do cadastramento dos usuários e do planejamento das atividades, após receber a capacitação sobre hipertensão e diabetes, o entusiasmo foi muito por parte de minha equipe e todos trabalharam em função disso. Estamos avançando para a implantação da lógica da ESF de forma integral

A comunidade foi a mais beneficiada, pois além de ter um serviço mais organizado e qualificado, pode contar com as consultas agendadas de forma rotineira, os grupos de educação popular em saúde, em que os profissionais passam orientações para a comunidade e assim estes aumentam a consciência em relação à necessidade de cuidar da saúde e passam a ter conhecimento em relação ao programa de atenção ao hipertenso e diabético apresentando atitudes mais preventivas e não apenas curativas, sabendo os dias e horários de funcionamento do programa, o comparecimento regular para a realização o HIPERDIA, de qualquer maneira podemos agregar também a parte econômica em que mais usuários estão utilizando medicamentos da farmácia popular ou UBS.

De forma geral no final das 12 semanas conseguimos bons resultados com esta intervenção, aumentamos o número de atendimentos para hipertensos e diabéticos, melhoramos a qualidade da consulta, conseguindo avaliar da forma recomendada os hipertensos e diabéticos nas consultas, prescrevemos os medicamentos disponíveis na farmácia popular para a maioria desses usuários, de acordo com a necessidade de cada um, solicitamos os exames complementares necessários para quase todos, realizamos a avaliação do risco de ter problema cardíaco para quase todos também e orientamos na consultas todos os hipertensos e diabéticos sobre comportamentos importantes para a prevenção de doença e promoção da saúde, como alimentação saudável, riscos do tabagismo, importância da higiene bucal e pratica de exercícios físicos freqüentes, entre outros, como forma para evitar complicações e agravos

Ao final da intervenção chegamos com ótimos resultados, à participação da comunidade na co-gestão do serviço e o empoderamento dos usuários no seu tratamento permite uma melhora na qualidade da atenção, um aumento no acesso e uma maior adesão a terapêutica. Nós devemos como profissionais, cada vez mais fomentar a participação da população nas atividades desenvolvidas na unidade bem

como estimular o controle social, e vocês usuários, espero que cada vez mais participem da UBS ajudando a qualificar o trabalho para que a equipe possa prestar uma atenção em saúde atendendo as necessidades da comunidade. A participação da comunidade na melhoria dos serviços na unidade pode se dá pelo acompanhamento em dia nas consultas, assim reduzindo a quantidade de faltosos às consultas, com a realização dos exames complementares em dia de acordo com o programa e mais importante ainda ajudar a divulgação da existência de programas para alcançar uma maior adesão e para vir cadastrar 100% de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área.

5. Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

No início eu possuía muita expectativa com relação ao curso, eu esperava um curso voltado mais para prática clínica e conduta médica na Estratégia de Saúde da Família.

Creio que o curso serviu para qualificar a forma de gestão das minhas atividades dentro da unidade, serviu para me ajudar a planejar minhas ações e entender melhor os protocolos adotados no Brasil segundo o Ministério da Saúde. Pude entender mais sobre o meu território adstrito e conhecer melhor a população para o qual eu presto atendimento.

O estudo de prática clínica e os casos clínicos interativos foram às partes que mais acrescentaram em minha formação como um todo, isto serviu para revisar temáticas importantes que me deparei no dia a dia de atendimento na unidade, entendo que não somente eu, mas também a população da minha área foi beneficiada pelo curso.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 64 p.

Anexos

Anexo C - Folha de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
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.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	