

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na ESF
São Sebastião, Picos/PI**

Maria Del Carmen Roche Gutierrez

Pelotas, 2015

Maria Del Carmen Roche Gutierrez

**Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na ESF
São Sebastião, Picos/PI**

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

Orientadora: Janaine Sari

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G984m Gutierrez, Maria del Carmen Roche

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na
ESF São Sebastião, Picos/PI / Maria del Carmen Roche Gutierrez;
Janaine Sari, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 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. Sari, Janaine, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha mãe... Elsitá.

Agradecimentos

Para minha orientadora Janaine Sari por seu apoio durante este tempo para a realização deste trabalho.

Resumo

GUTIERREZ, Maria Del Carmen Roche. **Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na ESF São Sebastião, Picos, Piauí.** 2015. 74 fls. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência na população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. O Diabetes mellitus é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. A intervenção realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) São Sebastião teve como público alvo os portadores de hipertensão e diabetes, isso porque estas doenças crônicas são muito frequentes na comunidade e a atenção a esses usuários necessita de reformulação. O objetivo geral da intervenção foi a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na área de abrangência da ESF São Sebastião, Picos, Piauí. As ações realizadas para o alcance das metas e objetivos tiveram duração de 12 semanas. Durante a intervenção os usuários receberam acompanhamento clínico integral, tiveram os exames complementares em dia, foram submetidos a avaliação de estratificação de risco cardiovascular, os faltosos receberam busca ativa, e todos receberam orientações nutricionais, sobre a realização de atividade física regular e sobre o risco de tabagismo. Não foi possível realizar para todos os usuários ações como a prescrição dos medicamentos para Farmácia Popular/ Hiperdia e avaliação da necessidade de atenção odontológica. Ao final da intervenção foram cadastrados 157 (26,1%) usuários hipertensos e 56 (37,6%) usuários diabéticos. Devido ao fato de a equipe não ter pleno conhecimento do total de usuários com hipertensão e diabetes, foi utilizado a estimativa para o cálculo dos indicadores. No que se refere as metas melhoria da qualidade, em sua maioria, alcançaram 100%, assim como a busca ativa dos faltosos, os registros adequados e as ações de promoção de saúde. O projeto também foi importante para a melhoria do serviço, pois antes da intervenção os atendimentos eram concentrados na médica e após revisamos as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e otimizando o trabalho.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura de hipertensos cadastrados no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.	49
Figura 2	Cobertura de diabéticos cadastrados no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.	50
Figura 3	Cobertura de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.	51
Figura 4	Cobertura de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.	52
Figura 5	Cobertura de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.	53
Figura 6	Cobertura de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.	54
Figura 7	Cobertura de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.	54
Figura 8	Cobertura de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.	56
Figura 9	Cobertura de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.	57

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAIN	Pronto Atendimento Infantil
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema informação Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família
PI	Piauí

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística	38
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	47
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Discussão	59
5 Relatório da intervenção para gestores	61
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	64
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	65
Referências	67
Anexos	68

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade do Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi realizado na ESF São Sebastião, Picos, PI e teve por objetivo a melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Está organizado em capítulos que incluem a Análise Situacional, Análise Estratégica, Avaliação da Intervenção, Relatório da intervenção aos gestores, Relatório da intervenção para a comunidade e ao final uma análise crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

O Relatório da Análise Situacional demonstra as principais características encontradas na UBS; assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalho. A Análise Estratégica aponta a justificativa desta intervenção dentro da UBS e no contexto atual da saúde dos hipertensos e diabéticos. Também contém os objetivos e metas, a metodologia e detalhamento das ações de acordo com os quatro eixos do curso (monitoramento e avaliação, gestão dos serviços, engajamento público, qualificação na prática clínica); os indicadores e a logística. O cronograma demonstra as principais ações que foram realizadas e assim chegamos aos resultados, mostrados no relatório de intervenção com a descrição das ações. Por fim, temos o relatório aos gestores e a comunidade e a reflexão crítica do processo de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município Picos está localizado no estado do Piauí e possui 79.294 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quanto à atenção primária em saúde, possui 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas com Estratégia de Saúde da Família implantada, não existindo UBS com estrutura tradicional. Há seis Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Existem 06 hospitais e 44 serviços conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) para exames complementares.

A ESF São Sebastião está localizada no bairro Malvinas, no município Picos, Piauí. A população adstrita é de 990 famílias, sendo que a população total é de 3960 pessoas. A equipe de saúde está composta por uma médica, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem, dois odontólogos e duas recepcionistas. Além disso, trabalhamos com nutricionista, psicóloga e seis importantes Agentes de Comunitários de Saúde (ACS). A estrutura da UBS é muito adequada de uma forma geral, pois possui ótimas condições de trabalho, entretanto a sala de curativos ainda está em reforma, o que não permite o adequado desempenho de algumas funções.

O horário de atendimento da UBS é todos os dias de manhã e de tarde, exceto nas quintas-feiras a tarde, que é o dia de estudos médicos. Na terça de manhã são realizados os atendimentos às gestantes e a terça a tarde é destinada às visitas domiciliares. Nas quartas-feiras acontecem os atendimentos aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente diabetes e hipertensão, que constituem um problema de saúde de grande magnitude nessa população.

Desde a minha chegada ao ESF São Sebastião tenho sido muito bem recebida pela população, que estava carente de cuidados médicos. As pessoas da

área adstrita são, em sua maioria, de classe baixa, com condições de vida mais humildes e que precisam muito da atenção e cuidado da equipe de saúde. Espero poder colaborar nesse sentido e melhorar a saúde dessa população promovendo a melhoria do cuidado e da qualidade de vida como um todo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Picos está localizado no Valle Guaribas, no estado do Piauí e conta com 79.294 habitantes, segundo o IBGE.

O serviço de saúde de Picos referente a atenção primária está composto por 36 UBS, todas com ESF, dessa forma, não existe unidades de saúde com estrutura tradicional no município. Há seis NASF e CEO. Existem 06 hospitais e 44 serviços disponíveis conveniados ao SUS para exames complementares. Nosso município possui como apoio à atenção primária uma policlínica integral especializada, com especialistas como cardiologista, neurologista, infectologista, ortopedista, reumatologista, gastroenterologista, com possibilidade de incremento das ofertas de outras especialidades. Também existe a clínica de atenção à mulher com especialistas ginecologistas e mastologistas, onde as gestantes são assistidas com ótima contra referência.

A Unidade de Saúde da Família (USF) São Sebastião, a qual estou vinculada, tem como modelo de saúde a ESF e está localizada na zona urbana, não possuindo vínculo com instituições de ensino.

Temos uma equipe de trabalho multiprofissional atuando nessa ESF, sendo compostas por seis ACS, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma médica, uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta por dentista e duas Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), além de duas recepcionistas.

Nossa unidade de saúde tem uma estrutura arquitetônica adequada, entretanto possui algumas necessidades prioritárias, como as barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiências físicas. São exemplos dessas barreiras a existência de degraus, ausência de rampas alternativas, ausência de corrimãos nos corredores, indisponibilidade de cadeiras de rodas e ausência de banheiros para deficientes. Outras necessidades sentidas pela equipe são a falta de ventilação natural nos consultórios e salas e dificuldades ainda não resolvidas com a ventilação alternativa. As necessidades provocam limitações que impedem exercer a adequada movimentação e livre participação das atividades no local de atendimento.

Também há inadequação dos espaços públicos e limitações temporárias, que afetam o desempenho das ações e podem dificultar a atenção à saúde dos usuários e da sociedade.

As prioridades de enfrentamento dessas dificuldades devem ter como propósito promover a acessibilidade no ambiente construído com qualidade e a maior diminuição possível das barreiras que limitam o acesso para receber os usuários no serviço de saúde. Isso porque nos tempos atuais temos que pensar no envelhecimento populacional e nas doenças crônicas, um incremento que demanda melhor atenção para a diminuição das barreiras arquitetônicas e outras limitações estruturais nas UBS.

A estrutura física da UBS tem adequada localização dentro da comunidade. Possuímos a sala de acolhimento, com capacidade para 15 pessoas, onde realizamos também as palestras e atividades de educação em saúde. Os três consultórios, dois médicos e um odontológico, possuem adequada iluminação e a estrutura construída é eficaz.

Quanto às atribuições dos profissionais atuantes, algumas das características específicas da equipe não são cumpridas e/ou possuem limitações, tais como:

Ser resolutiva: a equipe multidisciplinar deve identificar riscos, necessidades e demandas de saúde. Aqui no ESF São Sebastião temos dificuldade com a identificação de riscos, principalmente no que se refere aos adolescentes e indivíduos dependentes de psicofármacos e drogas; entretanto temos sucesso com os grupos de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hanseníase.

Coordenar o cuidado: Devem-se elaborar projetos terapêuticos, organizar fluxos dos usuários entre os pontos de atenção e encaminhamento a consulta especializada. Aonde atuo temos protocolo para fazer o adequado encaminhamento dos usuários para consultas especializadas. No município de Picos há uma policlínica com vários especialistas; mas temos limitações como, por exemplo, para conhecer o novo diagnóstico e recomendações terapêuticas, visto que falta o fluxo de contra- referência adequado.

Ordenar as redes: Reconhecer as necessidades de saúde da população organizando em relação aos outros postos de atenção à saúde. O ESF que atuo tem ponto de atenção em saúde perto, que faz o acompanhamento pediátrico. A atenção pediátrica da população de abrangência tem atendimento de forma ordenada, sendo

que todas as crianças de 0 – 9 anos estão incluídos na vacinação. Entretanto, as demais redes possuem limitações.

Deve-se garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS: Aonde atuo a responsabilidade da garantia da infraestrutura necessária ao funcionamento é da Secretaria Municipal de Saúde. Possuímos uma boa estrutura física, porém há necessidades como a reparação das barreiras arquitetônicas, o sistema de ventilação nas consultas de enfermagem, manutenção dos sistemas de reposição e calibração das equipes e instrumentos de procedimentos ao usuário.

Quanto às atribuições dos membros das equipes de atenção básica, cada um dos profissionais deve seguir as referentes disposições legais a respeito das especificidades próprias da sua profissão. Assim sendo, os profissionais cumprem com as atribuições correspondentes no ESF São Sebastião, o que facilita o trabalho multidisciplinar.

No ESF São Sebastião a maioria dos membros da equipe de saúde teve participação ativa no processo de territorialização, que foi atualizado este ano. Além disso, temos mapeamento e uma maquete da comunidade de abrangência para facilitar o nosso trabalho.

No aspecto referente a realização de ações de promoção de saúde, devemos aumentar a programação dessas atividades na ESF e na comunidade, com a participação da população para a prevenção específica em relação as doenças mais frequentes na área de abrangência. Também é preciso realizar a busca ativa dos usuários e notificar as doenças. Na ESF geralmente as visitas domiciliares são programadas para usuários acamados, essa é uma limitação de busca ativa, já que devemos ampliar essas visitas.

Realizamos reunião da equipe a fim de discutir o planejamento e avaliação das ações da equipe a cada dois meses, sendo que é importante a participação da maioria dos membros. Temos algumas irregularidades atualmente por motivos diversos que devem ter solução em breve, como pessoal com licenças de saúde temporária e algumas mudanças na equipe.

Possuímos diversas dificuldades na ESF São Sebastião, mas as mudanças que devem existir no processo do trabalho podem deixar mais claro o papel dos profissionais que lá atuam. É fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde da

comunidade e com ações de promoção e vigilância efetiva incorporados no cotidiano das atribuições dos profissionais da equipe de saúde.

A população da área adstrita é de 3.960 usuários em 990 famílias. Os dados demográficos que temos neste momento é a estrutura por faixa etária, crianças menores um ano são 31; crianças menores de dois anos, 48; mulheres entre 25 e 64 anos, 543; mulheres entre 50 e 69 anos são 178; pessoas idosas com 60 anos ou mais são 238. Nesta situação é importante explicar que na nossa unidade estamos realizando uma atualização da estratificação demográfica da área de abrangência, por sexo e idade, de forma controlada e organizada pelos ACS. A distribuição da população por cada ACS é de, aproximadamente, 160 famílias. Neste momento essa distribuição de famílias possibilita a cobertura de 100% da população.

O acolhimento à demanda espontânea na ESF é realizada por toda a equipe de saúde. O acolhimento à demanda espontânea é uma prática presente em todas as relações de cuidados para os usuários, fazendo com que os profissionais desenvolvam a capacidade de acolhida e escuta aos pedidos, demandas e necessidades. Ao atender à demanda espontânea as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos, ou situações novas que requerem intervenção. Entretanto, na UBS São Sebastião não há excesso de demanda espontânea e, de acordo com o número total da população cadastrada, a estratégia de atendimento é adequada para os usuários e a equipe.

Segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP) há em nossa área de abrangência 59 crianças menores de 1 ano. No momento estamos realizando acompanhamento de 31 crianças, um percentual de 53%, conforme estimativa.

Quanto às ações relacionadas a **saúde da criança**, a equipe utiliza o protocolo do Ministério da Saúde para a organização das ações. As crianças de 0 até 9 anos têm atendimento no posto de Pronto Atendimento Infantil (PAIN), onde fazem a maioria das consultas de puericulturas e captação do recém-nascido, além disso fazem também as vacinas do calendário. Embora sejam poucas as consultas de puericultura realizadas na nossa ESF, o seguimento é adequado, com a supervisão da vacinação, principalmente. Os indicadores de qualidade da atenção a criança quanto as consultas em dia; teste do pezinho até os sete dias; o cumprimento da primeira consulta nos primeiros sete dias de vida; monitoramento do crescimento; as vacinas em dia; a orientação do aleitamento materno e a prevenção

de acidentes, são realizadas com ótima qualidade, tanto no PAIN, como no ESF, com o apoio da equipe de saúde.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança na UBS, seria melhorar as visitas domiciliares para as gestantes, puérperas e recém-nascidos, porque constituem um instrumento importante para a troca de informação. Além disso, tem a vantagem de garantir o controle da vacinação, reduz a hospitalização e se consegue considerar os fatores de risco individual para a criança de qualquer idade. As atividades educativas tornam-se necessárias para orientar a família sobre os cuidados com o bebê e promover aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.

O número estimado de gestantes na área de abrangência, segundo os dados do CAP é de 59,4 gestantes. Segundo os dados da equipe estão sendo cadastradas e acompanhadas 19 gestantes (32% conforme a estimativa). Já a estimativa de partos nos últimos 12 meses, segundo o CAP é de 59 partos e o número de puérperas com consulta nos últimos 12 meses na unidade de saúde foi de 30 mulheres (51% conforme a estimativa).

No que diz respeito a **atenção ao pré-natal**, há muito para ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção nesse sentido. Nossa equipe oferta a atenção em saúde sustentada nos protocolos do Ministério da Saúde e fazemos os registros adequados segundo as normas. É muito importante nas consultas das gestantes fornecer informação sobre o cumprimento das consultas preconizadas e sobre a visita na primeira semana depois do parto. Podemos conseguir isso com as conversas individuais e em grupos de gestantes. Também o acolhimento nas consultas agendadas para as gestantes são um cenário muito importante para se desenvolver ações educativas porque é ali que a gestante espera a informação mais detalhada possível sobre a sua condição de vida.

Em nossa USF precisamos aumentar as ações de promoção de saúde para conseguir uma melhor atenção ao pré-natal. Para isso, estamos realizando palestras sobre aleitamento materno; nutrição para as gestantes e cuidados com o recém-nascido. Mas, além disso, devemos abordar o risco de tabagismo, ingestão de medicamentos e drogas prejudiciais para a mãe e criança, sobre acidentes na casa, os sintomas próprios da gestação normal e isso pode ser realizado no momento da consulta e também nas visitas domiciliares.

Devemos também proporcionar o incremento das consultas de avaliação pré concepcional para identificar fatores de risco ou doenças que possam atenuar a evolução de uma futura gestação. É necessário, dessa forma, iniciar atividades educativas para as mulheres em idade fértil na comunidade, com ofertas de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno infantil.

Segundo as estimativas do CAP existem 957 mulheres de 25 a 64 anos na área de abrangência e, conforme os registros da equipe foram acompanhadas para prevenção de câncer de colo de útero 643 (67%). A estimativa de mulheres de 50 a 69 anos é de 297, segundo o CAP. Conforme a equipe, 178 mulheres de 50-69 anos (60%) foram acompanhadas para o controle do câncer de mama na UBS.

Na atenção da **prevenção de câncer de colo de útero e controle de câncer de mama**, as usuárias procuram para realizar exames de pesquisas para controle de câncer de mama de forma espontânea e seu registro é feito em seu prontuário. A prevenção para o câncer de colo de útero é diferente porque a coleta das amostras é feita na consulta de enfermagem, mas o registro não é completo, de acordo com os protocolos. Geralmente as pesquisas do câncer na mulher são feitas espontaneamente, pois muitas não conhecem os programas.

Quanto aos aspectos do processo de trabalho, considero que principalmente o conhecimento dos protocolos de prevenção para o câncer do colo de útero e controle do câncer de mama seriam muito importantes. Assim também, é o cadastramento adequado das faixas etárias para as mulheres, o rastreamento oportuno na comunidade e as consultas na UBS. Como estratégia para melhorar o acompanhamento e a atenção às mulheres na questão do câncer de colo de útero e no câncer de mama pode-se citar a obtenção dos protocolos adequados e atualizados para essas doenças na UBS; realizar o cadastramento completo e atualizado das faixas etárias das mulheres de acordo com o protocolo de prevenção e realizar atividades de promoção de saúde na UBS, na comunidade e com toda a equipe de saúde.

A estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais segundo o CAP é de 602 pessoas, entretanto a equipe tem 180 (23%) **hipertensos** com 20 anos ou mais cadastrados e acompanhados na UBS. A estimativa para os **diabéticos** com 20 anos ou mais é de 149 pessoas, sendo que a equipe acompanha 58 usuários (21%). Os dados do CAP diferem muito da realidade encontrada até então na ESF São

Sebastião, o que nos leva a crer que exista uma subnotificação e/ou falta de cadastro desses usuários por parte dos ACS.

A qualidade da atenção à HAS é realizada de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Entretanto, no momento, ainda estamos apresentando usuários com atraso em consultas agendadas e na realização dos exames de seguimento terapêutico para detectar possíveis complicações. Também a qualidade da atenção aos diabéticos é adequada, mas temos que continuar com o cadastro destas pessoas na comunidade e estimular a realização de atividades físicas e o acompanhamento da saúde bucal. Além disso, em nossa ESF, a equipe de saúde, principalmente os ACS tem orientação para atualizar cadastro de pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade, mas possuem dificuldades nesse sentido, o que pode explicar a diferença tão grande entre a estimativa dessa população no CAP e os dados da UBS.

Quanto aos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para essa linha de cuidado de forma conjunta com a equipe de saúde e apoio das instituições de saúde para ofertar um adequado atendimento às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossa ESF, é a atualização e identificação de todos os casos na comunidade e o cumprimento das consultas agendadas com todos os fatores de orientação e promoção de saúde centrada nestas doenças. Isso poderia ser alcançado com a programação de grupos de usuários com estas doenças e melhor organização das ações, além de melhorias no que se refere ao cadastro desses usuários.

Segundo as estimativas do CAP existiria na área de abrangência 421 usuários com 60 anos ou mais. Temos cadastradas 238 **pessoas idosas** (57% conforme a estimativa) na área adstrita e a atenção a essa linha de cuidado é realizada de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Os indicadores de qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa estão aplicados à população como a nutrição adequada e a prática de atividade física. Quanto aos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados na UBS juntamente com a equipe de saúde em que atuo, seria dar início na comunidade as atividades de cadastramento das pessoas idosas pelos ACS. Isso permitiria conhecer os idosos acamados que precisam atendimento domiciliar; realizar a programação de consultas agendadas para idosos doentes e fazer a programação das visitas domiciliares. Também seria importante realizar atividades de educação para a saúde na UBS durante o processo

de acolhimento nas consultas médicas, odontológicas e de enfermagem voltadas a pessoa idosa; criar um grupo de atenção em saúde as pessoas idosas para fomentar a prática de atividade física regular e adequada nutrição segundo a idade. Também se faz necessário às atividades para os idosos e famílias sobre os acidentes em casa, na rua e sobre a vacinação.

As ações referentes à saúde bucal seguem os protocolos do Ministério da Saúde, mas o trabalho interdisciplinar precisa ser melhorado, com uma maior integração da odontologia nas linhas de cuidado prioritárias do SUS. A ESB realiza procedimentos curativos, como restaurações, extrações, limpezas e profilaxias, e também procedimentos preventivos e de promoção de saúde na comunidade.

A partir desta análise temos muitos desafios para continuar com o trabalho de saúde na comunidade. Considero muito importante, primeiramente, a atualização do cadastro adequado da população da área de abrangência, principalmente no que se refere aos hipertensos e diabéticos e o conhecimento dos protocolos de atendimentos aos grupos de riscos. A união da equipe de saúde é importante porque permite estabelecer a programação e o controle de trabalho para ofertar um melhor atendimento aos usuários.

O recurso mais importante que temos é a equipe de saúde completa, com equipe de saúde bucal. Nossa população está coberta 100% pelos ACS e os serviços de saúde do município são adequados para atendimento da população, com bom apoio da secretaria municipal de saúde.

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

Comparando a análise feita agora, através do diagnóstico situacional, e a minha reflexão feita no início do curso a respeito da situação da ESF que atuo, tenho que dizer que a unidade 01 do curso permitiu que eu e minha equipe pudéssemos fazer uma ótima e completa avaliação da minha realidade. Além disso, proporcionou a pesquisa do nosso ESF e o conhecimento sobre as atuais condições de trabalho quanto a estrutura e a prática clínica.

Atualmente, a visão sobre a situação da ESF São Sebastião é muito mais específica e profunda, porque com a utilização dos instrumentos e ferramentas de pesquisas estatísticas, como os questionários e o caderno de ações programáticas, permitiu ampliar o conhecimento das situações estruturais, ambientais, de riscos,

características da população e da comunidade, além do desenvolvimento das atribuições dos profissionais que trabalham na ESF.

Hoje temos melhor capacidade de atuação com a equipe de saúde e a população, utilizando e aplicando as ações de saúde. Neste momento, podemos atuar sobre as doenças específicas identificadas, com os grupos de riscos, como de doenças transmissíveis, gestantes, crianças, idosos e com os protocolos para programas de controle de câncer nas mulheres.

A análise situacional foi muito importante para a consolidação da união da equipe de saúde. Agora estamos em condições de programar ações de saúde específicas porque já temos identificada a maioria das dificuldades na ESF. Além disso, também conhecemos as boas condições estruturais e de trabalho e temos uma equipe de saúde entusiasmada e completa em todos os sentidos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência, cerca de 20% da população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. O DM é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025. O Brasil ocupa a quarta posição entre os países com maior prevalência de diabetes: são 13,7 milhões de pessoas e muitas ainda nem foram diagnosticadas. O diabetes é uma doença sistêmica e pode prejudicar diversos órgãos se não for controlada adequadamente (BRASIL, 2006).

A ESF São Sebastião tem uma estrutura arquitetônica pequena e está situada quase no centro da comunidade de abrangência. Tem uma sala de acolhimento, com capacidade para 15 pessoas, a ventilação natural e artificial é ineficaz e existem barreiras arquitetônicas. A equipe de saúde é formada pela enfermeira, médica, duas técnicas enfermagem, seis ACS, duas recepcionistas e ESB, formada por odontólogo e ASB. A população está constituída por 990 famílias distribuídas para os seis ACS, sendo que o número total de pessoas é de 3960. Nossa ESF está situada no centro da cidade e recebe apoio de instituições de saúde como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), clínica integral à mulher e PAIN. Além disso, no município temos o NASF, a policlínica integral para especialidades e um hospital regional.

Quanto aos usuários da ação programática, segundo dados da UBS, os hipertensos são, neste momento, 180 pessoas cadastradas, com a

cobertura de 23%, conforme o CAP. Os diabéticos são 58 pessoas e a cobertura é de 21%, conforme o CAP. Os dados existentes na UBS sobre a população alvo fogem demasiadamente da estimativa encontrada, o que nos leva a acreditar que existam muitos usuários sem o devido acompanhamento.

No contexto da ESF em que atuo, é importante ser realizado esse projeto de intervenção porque estas doenças crônicas são muito frequentes em nossa comunidade e temos a facilidade de possuímos uma equipe de saúde completa. Uma caracterização precisa destas doenças em grupos da população é essencial para a implantação de campanhas educacionais e protocolos capazes de aperfeiçoar a aplicação dos recursos existentes. Além disso, os dados referentes ao total de usuários hipertensos e diabéticos precisa, com urgência, ser atualizado para que a equipe possa melhorar o cuidado em saúde para essa população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na área de abrangência da ESF São Sebastião, Picos, Piauí.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura para os hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica;

Meta 1.2: Cadastrar 65% dos usuários com Diabete mellitus.

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

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

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

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

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

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos;

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos;

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários em questão aos programas de acompanhamento;

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos;

Meta 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos;

Meta 4.2: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos;

Objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular;

Meta 5.1: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 5.2: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 6.2: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 6.3: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;

Meta 6.4: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;

Meta 6.5: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;

Meta 6.6: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos;

Meta 6.7: garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos;

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na ESF São Sebastião, no Município de Picos, PI.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura para os hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Meta 1.2: Cadastrar 65% dos usuários com Diabetes mellitus.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será realizado o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde por meio do exame semanal das fichas espelho de cada usuário e através da digitação dos dados na planilha de coleta de dados pela médica e enfermeira

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, por meio do preenchimento de todos os dados nas fichas espelho, ter os prontuários atualizados e classificados de acordo com o diagnóstico. A ação de melhorar o acolhimento desses usuários será realizada por todos os profissionais da ESF, fazendo com que sejam bem assistidos na unidade de saúde. Está garantido material adequado para tomada da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste (tais como esfigmomanômetros, manguitos e fita métrica) pois já possuímos todos esses materiais em nossa UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Vamos informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Essas ações serão realizadas com auxílio das lideranças comunitárias e por meio de palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será desenvolvida capacitação para os ACS sobre o cadastramento dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Isso será realizado na reunião semanal dos ACS e a equipe, sob responsabilidade da enfermeira e da médica.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos será monitorada por meio da ficha espelho de cada usuário que será o guia do profissional durante o atendimento. A médica e a enfermeira examinarão essas fichas semanalmente e digitarão os dados na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será definido as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes usuários durante as na reunião de equipe. Além disso, os profissionais serão capacitados de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e se estabelecerá em conjunto a periodicidade para atualização dos profissionais. Também será impresso a versão atualizada do protocolo para ficar disponível para todos os profissionais na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Os usuários e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Isso será realizado durante as consultas clínicas pela médica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Durante as reuniões de equipe será realizado a capacitação dos profissionais para a realização do exame clínico apropriado, através de uma palestra feita pela médica.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Através da ficha espelho de cada usuário será realizado o monitoramento do número de hipertensos e de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado e com a periodicidade recomendada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será garantida a solicitação dos exames complementares com o controle semanal das fichas espelho, assim ficará estabelecido o sistema de alerta para os exames complementares preconizados. O gestor municipal será convidado a participar de uma reunião de equipe para que possamos garantir com ele a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Durante as consultas clínicas e nas palestras realizadas, os usuários serão orientados quanto à necessidade e a periodicidade para a realização dos exames complementares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Na reunião de equipe será realizado capacitação para que os profissionais possam seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para a solicitação de exames complementares.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia para 100% dos hipertensos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia para 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O acesso aos medicamentos da farmácia Popular/ Hiperdia será monitorado por meio da ficha espelho de cada usuário e da planilha de coleta de dados pela médica e enfermeira da equipe, semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

A técnica de enfermagem irá realizar o controle de estoque (incluindo a validade) dos medicamentos por meio de uma lista, assim também será mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Nas consultas clínicas os usuários e a comunidade serão orientados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia e possíveis alternativas para obter esse acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Durante as reuniões de equipe será programado uma atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes e para que possam orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia. Quem coordenará essa capacitação será a enfermeira, com auxílio da médica.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado o número de hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico também por meio da ficha espelho e da digitação dos dados na planilha de coleta de dados, semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Com auxílio da equipe de saúde bucal será organizada a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os usuários hipertensos e diabéticos, através do encaminhamento de todos os usuários cadastrados pela médica para a ESB. A agenda de saúde bucal já foi organizada com dias específicos para realizar a consulta odontológica e também o tratamento necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Em cada consulta médica a comunidade e os hipertensos e diabéticos serão orientados sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Com auxílio da ESB, todos os profissionais serão capacitados para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários em questão aos programas de acompanhamento;

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito por meio da comparação dos dados na digitação semanal na planilha de coleta de dados e o exame da agenda, assim sendo os usuários agendados que não se fizeram presentes na consulta marcada receberam a busca ativa devida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

As visitas domiciliares, por meio dos ACS, serão o meio para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos. Também será organizada a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Será ouvida a comunidade, durante as atividades realizadas na sala de espera e também nas visitas domiciliares, sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. Também durante as atividades educativas a equipe irá esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre a importância da realização das mesmas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Quanto à qualificação da prática clínica, os ACS serão capacitados durante as reuniões de equipe para orientarem os usuários quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

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

Meta 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos.

Meta 4.2: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde também será por meio das fichas espelho e da digitação na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão mantidas e atualizadas as informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) por meio do trabalho da enfermeira. Já foi implantada a ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, que foi a ficha espelho disponibilizada pelo curso de especialização. Na reunião de equipe pactuaremos como será o registro das informações, que deverá ser feito por cada profissional (médico, enfermeira, técnica de enfermagem ou dentista) no momento do atendimento e também definiremos o responsável pelo monitoramento dos registros. Além disso, organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, o atraso na realização de exame

complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação do comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença, que será por meio do exame semanal da planilha de coleta de dados e das fichas espelho.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Nas atividades educativas e nas consultas clínicas será orientado os usuários, bem como a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será capacitada a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas através das fichas espelhos.

Objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano por meio do preenchimento da ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Durante a intervenção os usuários avaliados como de alto risco terão o atendimento priorizado, e será organizado a agenda para o atendimento dessa demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além de esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como a alimentação.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Nas reuniões de equipe os profissionais serão treinados para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Além disso, serão orientados da importância do registro desta avaliação e quanto as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A realização da orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos será monitorada por meio do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, semanalmente, pela médica e enfermeira, que estarão devidamente capacitadas para isso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Em conjunto com a equipe e com auxílio da nutricionista será organizado práticas coletivas sobre alimentação saudável.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Nas consultas clínicas os usuários e a comunidade em geral serão orientados sobre a importância da alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Nas reuniões de equipe os profissionais serão capacitados sobre diferentes metodologias de educação em saúde por meio de pesquisas sobre esse tema na internet e sobre práticas de alimentação saudável.

Meta 6.3: Garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da realização da orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos será por meio do preenchimento da ficha espelho de cada usuário e a digitação desses dados na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será organizado práticas coletivas para orientação de atividade física aos hipertensos e diabéticos e demandado ao gestor parcerias para essas atividades, contando com o apoio, dessa forma, do educador físico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Durante as consultas, os usuários em questão e a comunidade em geral serão orientados sobre a importância da realização de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Nas reuniões de equipe os profissionais serão capacitados sobre promoção da prática de atividade física regular e sobre diferentes metodologias de educação em saúde.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da realização de orientações sobre riscos do tabagismo para os hipertensos e diabéticos será por meio do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será conversado com o gestor para que se faça a compra da medicação para o abandono do tabagismo, explicando a importância do mesmo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Para os usuários fumantes hipertensos e diabéticos será orientado sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Na reunião de equipe os profissionais serão treinados para o tratamento de usuários tabagistas e também sobre diferentes metodologias de educação em saúde nesse sentido.

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A realização de orientação aos hipertensos e diabéticos sobre higiene bucal será monitorada por meio das fichas espelho e da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe organizou o tempo médio das consultas odontológicas por meio do agendamento dos usuários para que pudesse garantir as orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Nas ações de promoção de saúde, bem como nas consultas individuais serão orientados os usuários e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA

Toda a equipe será capacitada, durante a reunião, para que sejam capazes de oferecer aos usuários orientações de higiene bucal, atividade que será planejada e executada pela equipe de saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

Referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura para os hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 65% dos usuários com Diabetes mellitus.

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

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

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

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com 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.

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

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.

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

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.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos;

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 e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos;

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários em questão aos programas de acompanhamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos;

Meta 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos;

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

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

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

Meta 4.2: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos;

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.

Referente ao objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular;

Meta 5.1: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

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

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

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

Meta 5.2: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

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

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

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

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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.

Meta 6.2: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;

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.

Meta 6.5: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;

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.

Meta 6.6: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos;

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.

Meta 6.7: garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos;

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.

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

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 HAS e DM vamos adotar o Manual técnico de Atenção da Hipertensão Arterial Sistêmica, do Ministério da Saúde de 2006 e o Manual técnico de atenção de Diabetes mellitus do Ministério de Saúde de 2006. Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso para realizar o registro das ações. A ficha foi modificada para que todos

os dados estivessem presentes nela para facilitar a intervenção e a mesma encontra-se demonstrada no anexo C deste projeto.

Estimamos alcançar com a intervenção 361 hipertensos e 96 diabéticos (60% e 65% da estimativa, respectivamente). Dessa forma, faremos contato com gestor municipal para dispor as 457 fichas espelhos necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha de coleta de disponibilizada pelo curso (anexo B).

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira, a técnica de enfermagem e a médica revisarão o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para consultas nos últimos 5 meses. Os profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizarão o monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A logística das ações foi agrupada nos eixos do curso para um melhor entendimento e compreensão, dessa forma:

Para realizar as ações propostas no **eixo de monitoramento e avaliação** serão utilizadas as fichas espelhos e as planilhas de coleta de dados, ambas disponibilizadas pelo curso. Além disso, também serão necessários os prontuários clínicos para que os profissionais tenham conhecimento da história pregressa dos usuários. Para o desempenho dessas ações será preciso folhas de papel, xerox das fichas espelho, impressora e computador. Os responsáveis serão a médica, enfermeira e técnica de enfermagem e o monitoramento será semanal

No **eixo de organização e gestão do serviço**, para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados utilizaremos os prontuários e as fichas de HIPERDIA, arquivados na ESF. Também pretendemos desenhar e elaborar um registro manual para preencher e arquivar as fichas dos hipertensos e diabéticos com dados necessários como dados pessoais, dados clínicos como antecedentes patológicos familiares, pessoais, complicações ou sequelas, terapêutica atual, programação da próxima consulta e indicação de exames complementares, estratificação dos riscos, para transferir os prontuários e arquivar. Esse monitoramento será realizado pela médica.

Para melhorar acolhimento dos usuários eles serão recebidos na entrada da ESF e acolhidos na sala de espera com os cumprimentos e explicação correta para a medida da pressão arterial, após 15 minutos de repouso, no braço direito, como está estabelecido no protocolo de atendimento e anotar as cifras de pressão e informar ao usuário sempre. Os diabéticos devem estar em jejum para fazer o teste de glicose capilar em cada consulta agendada, dando prioridade para usuários mais necessitados. A responsável por essa ação será a enfermeira e será realizado diariamente no ESF.

A equipe vai demandar da gestão a garantia de material adequado para tomada da medida da pressão arterial e a realização do hemoglicoteste. Todo material deve ser avaliado mensalmente pela assistência técnica da secretaria municipal de saúde.

Durante as reuniões de equipe serão definidas as atribuições de cada membro da equipe para a realização do exame clínico apropriado. Nesse momento, também será realizado uma atualização dos profissionais utilizando os protocolos adotados na unidade de saúde, sendo que todos serão orientados que haverá uma cópia impressa desses protocolos na unidade para que possam consultá-los caso for necessário. No final dessa reunião será definida a periodicidade dessas atualizações pela enfermeira. O material necessário para essas ações será papel, impressora e os protocolos.

A equipe realizará uma reunião com o gestor da saúde para que ele possa dar o parecer favorável para a equipe garantir a solicitação dos exames complementares a hipertensos e diabéticos e que ele garanta a agilidade para a realização desses exames. Além disso, também será solicitado a ele o auxílio de parcerias institucionais para envolver os nutricionistas e educadores físicos nas ações de promoção de saúde voltadas a população alvo e a compra de medicamentos para o controle do tabagismo nesses usuários.

A enfermeira organizará o sistema de alerta para que os usuários façam os exames complementares solicitados; situações de atraso nas consultas de acompanhamento; a não realização da estratificação de risco; a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença. Isso será feito mensalmente através do acompanhamento das fichas espelho e a posterior anotação em uma planilha para esse fim. Para tal, será utilizado papel, caneta, computador e impressora.

A técnica de enfermagem será a responsável pelo controle de estoque e da validade dos medicamentos, além de manter um registro das necessidades de medicamentos a esse grupo. Para isso será utilizado uma lista com as medicações e será anotada a quantidade e a validade.

A organização da avaliação em saúde bucal para os hipertensos e diabéticos será feita pela equipe de saúde bucal, bem como a organização da agenda para esse fim. Além disso, ficará a cargo do dentista e da ASB organizar o tempo médio das consultas para que possam realizar orientações em nível individual aos usuários.

Os ACS, em conjunto com a médica e a enfermeira organizarão as visitas domiciliares por micro área para realizarem a busca ativa dos faltosos. Isso será realizado mensalmente e a recepcionista será a responsável por organizar a agenda para atender a essa demanda.

É de responsabilidade da médica e da enfermeira manter as informações do SIAB atualizadas; implantar as fichas de acompanhamento; pactuar com a equipe o adequado registro das informações e definir o responsável pelo monitoramento dos registros.

Durante a reunião de equipe será definido e informado a todos quem são os usuários de alto risco para que, assim, todos tenham conhecimento e possam priorizá-los no atendimento. A recepcionista reservará um espaço na agenda para esses usuários.

Também na reunião de equipe serão organizadas as atividades coletivas sobre alimentação saudável e atividade física, que deverão ser realizadas na sala de espera do ESF e nos espaços comunitários, sendo realizadas de uma maneira informal e com a participação de toda a equipe e da comunidade.

As ações do **eixo de engajamento público** serão realizadas por meio de palestras em cada micro área da comunidade e na sala de espera da UBS. Serão atividades de 15 minutos sobre pressão arterial e diabetes, onde abordaremos os sintomas e diagnóstico, sendo que os responsáveis por essa ação serão os ACS. Além disso, queremos realizar campanha na área, um dia ao mês, para medir pressão arterial e glicose capilar a todo usuário maior de 18 anos.

Vamos realizar reunião com membros do conselho de saúde da comunidade sobre a importância do tema e apoio nas ações de saúde da comunidade em união com a equipe de saúde.

Pretendemos realizar atividade de educação para saúde orientada para cada fator de risco como tabagismo e a existência do tratamento, alimentação saudável, prática atividade física regular e higiene bucal. Essas atividades serão realizadas uma vez por mês, no dia agendado para as consultas. Além disso, queremos orientar os usuários quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia popular e HIPERDIA; sobre a importância da avaliação em saúde bucal; sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via durante as consultas de rotina realizadas pela médica e enfermeira, no ESF. Quando também queremos ouvir os usuários sobre as estratégias que podemos tomar para não ocorrer a evasão no programa.

No **eixo de qualificação da prática clínica**, a maioria das ações será realizada por meio de capacitações. Para realizar a capacitação dos ACS sobre o cadastramento dos hipertensos e diabéticos e sobre a realização das consultas periódicas destes usuários será realizada uma reunião, com a coordenação da médica e da enfermeira.

Para realizar a capacitação da equipe de saúde sobre a verificação da pressão arterial e uso adequado dos equipamentos, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão maior que 135/80mmHg, a realização do exame clínico apropriado, o seguimento do protocolo quanto a solicitação de exames complementares, a atualização a respeito da hipertensão e diabetes, as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o preenchimento adequado de todos os registros e dos procedimentos clínicos em todas as consultas, a realização da estratificação de risco segundo score Framingham e o registro dessa avaliação, as estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis, as metodologias de educação em saúde para alimentação saudável, tabagismo, prática de atividade física, higiene bucal serão feitas em uma reunião com a participação para toda equipe. Serão ao todo quatro capacitações, uma vez por semana e orientada por profissionais da

saúde (Médica, Enfermeira, Nutricionista, Odontóloga) com duração de 15 minutos cada uma.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos ACS para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos.	x											
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Treinamento para uso da ficha complementar de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.	x											
Contato com gestor municipal para apoio as ações	x											
Atendimento clínico aos hipertensos e diabéticos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação dos profissionais da equipe para definir atribuições de cada membro sobre a realização do exame clínico adequado.	x											
Monitoramento do projeto de hipertensão arterial e diabetes.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Palestra em cada micro área da comunidade sobre a importância de comparecer às consultas.			x	x	x	x	x	x				
Reunião com membros do conselho de saúde da comunidade sobre a importância do tema e apoio nas ações de saúde da comunidade em união com a equipe de saúde.				X								
Atividade de educação para a saúde orientada sobre os fatores de risco (tabagismo, alimentação saudável, prática atividade física regular, higiene bucal).	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Esclarecimento da população				x				x				x
Treinamento da equipe		x		x		x		x		x		
Atualização do SIAB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação do material e instrumentos pela assistência técnica da secretaria municipal de saúde.	x				x					x		

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As atividades planejadas para o projeto de intervenção de HAS e DM em nossa ESF foram desenvolvidas com sucesso e de acordo com os objetivos traçados. Apesar de terem sido programadas para acontecerem em 16 semanas, a intervenção teve que ser reduzida para 12 semanas devido a atrasos referentes ao período de férias dos alunos estrangeiros. Assim sendo, a equipe teve que se reorganizar para alcançar as metas e desenvolver todas as ações planejadas em um período mais curto de tempo, o que prejudicou o cumprimento de algumas metas, principalmente as que se referem à cobertura.

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas e tiveram muita importância para a população. Algumas aconteceram com maior facilidade, como a realização do exame clínico apropriado e os exames complementares em dia. Já o cadastramento dos faltosos foi feito com algumas dificuldades, pois essa atividade dependia das visitas domiciliares, que nem sempre puderam ser realizadas com êxito.

As ações de educação em saúde foram feitas por diferentes membros da equipe, sendo que as mais desenvolvidas foram as palestras nas consultas de HIPERDIA, em que a enfermeira, a técnica de enfermagem e a nutricionista participaram, oferecendo as informações sobre as doenças em questão e seus fatores de risco; sobre as mudanças do estilo de vida nos usuários quanto a alimentação saudável, prática de exercícios físicos, higiene bucal e evitar o tabagismo. De forma individual também realizamos ações de educação em saúde para cada usuário, durante as consultas e nas visitas domiciliares.

Na comunidade foram feitas atividades de educação em saúde, mas foram em menor número devido a dificuldade de horário adequado. As ações sobre a

informação da medida de pressão arterial aos maiores 18 anos, higiene bucal, alimentação saudável foram as mais divulgadas pela equipe. Isso foi realizado com o apoio incondicional dos ACS nas visitas domiciliares, por meio das conversas realizadas pela médica na sala de espera e também com o envolvimento dos demais profissionais durante a intervenção.

As ações referentes ao eixo de monitoramento e avaliação foram realizadas por meio da colaboração de todos os profissionais na anotação de todos os dados dos usuários nas fichas espelho. Além disso, semanalmente a médica, com o auxílio da enfermeira revisava todas as fichas espelho e digitava os dados contidos nas mesmas na planilha de coleta de dados, que foi o instrumento utilizado para avaliação e sistematização dos resultados alcançados.

As ações referentes a organização e gestão do serviço só foram possíveis tornar realidade graças ao apoio de toda a equipe e a união de todos para com a intervenção. Cada um contribuiu da sua maneira e assim conseguimos definir as atribuições de cada profissional, reorganizar as consultas clínicas, o acolhimento, a dispensação das medicações e organizar as atividades de promoção de saúde. O espaço das reuniões de equipe foram fundamentais para que pudéssemos realizar essas ações.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma ação prevista que não foi desenvolvida foi atendimento odontológico para a maioria dos hipertensos e diabéticos e isso se deu por dificuldades com instrumentais e materiais, fato que impossibilitou a realização do serviço odontológico, pois o local previsto para o serviço necessita reformas. Entretanto, a ESF realizou as ações de educação para saúde e o cadastramento de usuários com necessidade de acompanhamento odontológico.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

O desenvolvimento da coleta de dados e o preenchimento dos registros sempre foi feito em tempo e com facilidade. Para o registro dos dados quantitativos foram utilizadas as fichas espelhos e as planilhas de coleta de dados. No início da intervenção teve um pouco de demora com as fichas espelhos, mas foram

preenchidas para cada usuário, junto com seus prontuários e serviram como guia para que nenhuma ação fosse esquecida pelos profissionais. As planilhas de coleta de dados foram preenchidas semanalmente, pela médica e pela enfermeira e foram essenciais para o cálculo dos indicadores da intervenção.

Para a coleta de dados qualitativos foi utilizado os diários de intervenção, que eram feitos semanalmente e continham dados pessoais, impressões, depoimentos, pontos positivos e dificuldades enfrentadas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Neste momento, quando fazemos nossa avaliação da intervenção para a UBS, temos a convicção que as ações previstas para a melhoria de atendimento para os usuários fazem parte do trabalho de rotina da UBS. Temos a consolidação das consultas de HIPERDIA com o começo das atividades de educação para a saúde pelos diferentes membros da equipe e o preenchimento das fichas espelhos realizados no início pelo serviço de enfermagem e concluído pela médica. Devemos ter melhores resultados com os atendimentos odontológicos para os usuários porque temos dificuldades durante este tempo para conseguir um atendimento mais integral, mas acreditamos que com a continuidade das ações esse serviço será melhorado. A questão da cobertura de hipertensos e diabéticos também será melhorada com a incorporação das ações da intervenção na rotina do serviço, visto que, neste momento, a equipe está melhor preparada e engajada para realizar todas as ações necessárias.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo geral a melhoria da atenção aos usuários com HAS e DM na área de abrangência da ESF São Sebastião, Picos, Piauí. O presente projeto estava programado para acontecer em 16 semanas, mas por motivos inerentes ao curso de especialização foi reprogramado para 12 semanas.

A população total pertencente a área de abrangência é de 3960 pessoas, sendo que a estimativa de hipertensos é de 602 pessoas e de diabéticos 149 pessoas. Para o cálculo dos indicadores da intervenção foram utilizados como população total de hipertensos e diabéticos os dados da estimativa do CAP. Isso porque não conhecemos o total de usuários que se encontram nessa situação em nosso ESF, o que é conhecido até então é o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, que são 180 e 58, respectivamente. Dessa forma, não seria confiável usar esses números como o total de usuários para essa linha de cuidado. A seguir serão listados os resultados referentes a cada meta pactuada para a intervenção.

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a cobertura da ação programática

Meta 1.1. Cadastrar 60% 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.

Quanto à cobertura alcançada no projeto de intervenção, foram cadastrados ao total 157 hipertensos, alcançando 26,1% de cobertura. No primeiro mês foram cadastrados 52 hipertensos (8,6%), no segundo mês foram 111 usuários (18,4%) e o terceiro mês fechou com 157 usuários na intervenção (26,1%). Para alcançar essa cobertura várias ações foram desenvolvidas, mas o que se destacou foi o papel dos

ACS na comunidade. Não alcançamos a meta de 60% pois ainda não é de conhecimento da equipe o total de hipertensos, o que dificultou para melhorar a cobertura. A equipe tem conhecimento de 180 hipertensos residentes na área de abrangência, porém esse número foge bastante da estimativa encontrada. Dessa forma, pretendemos melhorar o cadastro das família e o trabalho dos ACS para que possamos conhecer e cadastrar o total de hipertensos no futuro.

A figura 01 demonstra a evolução do cadastro dos hipertensos da área de abrangência do ESF São Sebastião, Picos, Piauí no período da intervenção.

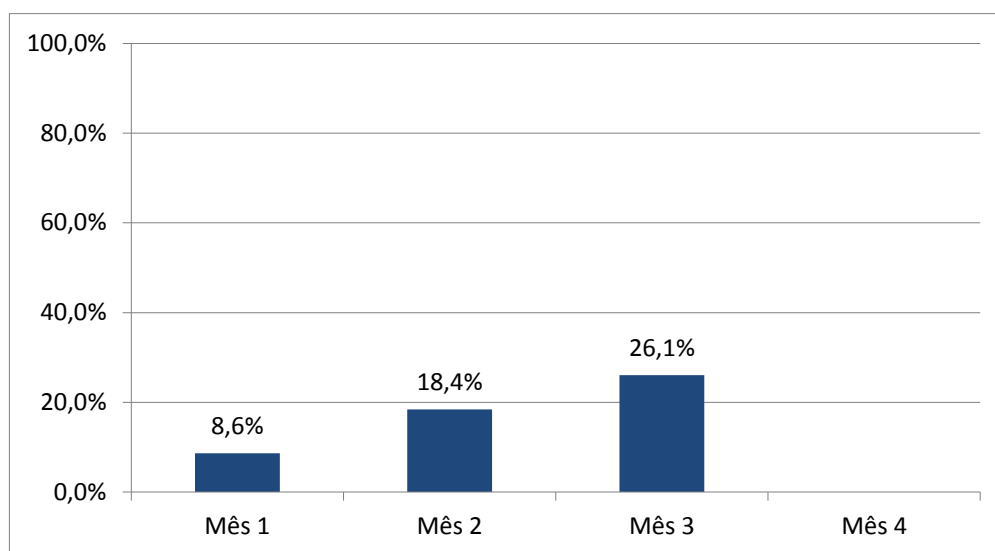


Figura 01: Percentual de hipertensos cadastrados na ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/ UFPel, 2015.

Meta 1.2. Cadastrar 65% 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.

No primeiro mês foram cadastradas 27 pessoas (18,1%), no segundo mês foram 48 pessoas (32,2%) e terminamos a intervenção com 56 cadastrados (37,6%). Para a equipe, de início, esse resultado é satisfatório, pois, apesar de não termos alcançado a meta pactuada a equipe tem conhecimento de 58 diabéticos até então. A equipe tem consciência que precisará melhorar bastante a questão da identificação e cadastro desses usuários para que se chegue próximo à estimativa. A figura 2 demonstra o percentual de diabéticos cadastrados.

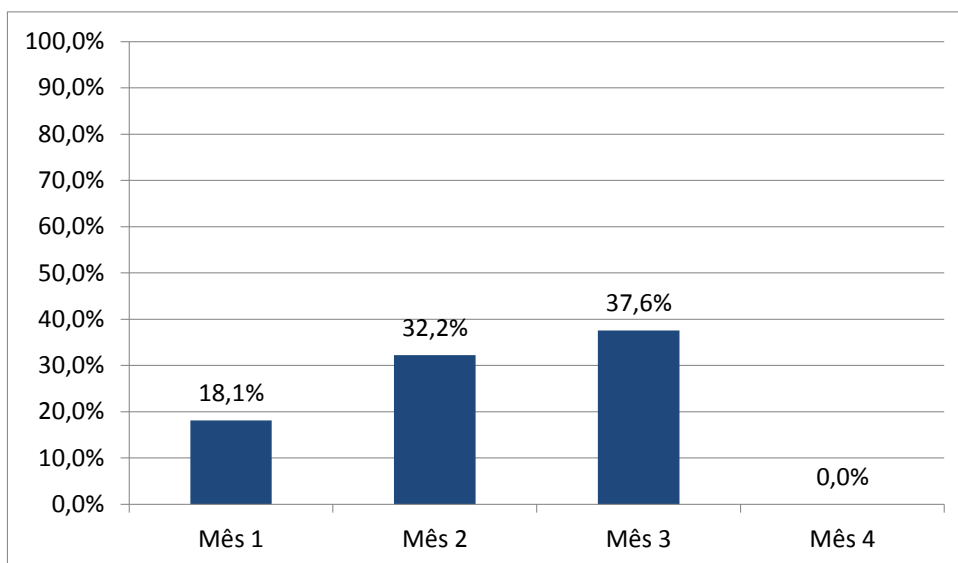


Figura 02: Cobertura de diabéticos cadastrados no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados da UNASUS/ UFPel, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos

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

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

Quanto à proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo ao protocolo, durante os 3 meses da intervenção foi alcançado o percentual de 100%. Assim sendo, todos os usuários que foram cadastrados em nossa unidade de saúde foram submetidos ao exame clínico de qualidade. Acredito que essa meta foi conquistada devido ao fato de cada integrante da equipe estar a par das suas atribuições no projeto.

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 caso dos diabéticos, também obtivemos 100% de realização dos exames clínicos de acordo com o protocolo, alcançando a meta pactuada graças ao empenho dos profissionais, conforme citado anteriormente.

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 primeiro mês da intervenção aos hipertensos 51 (98,1%) dos usuários tiveram os exames em dia de acordo com o protocolo. Nos dois meses subsequentes todos os usuários 111 e 157 (100%) foram assistidos com essa ação. A figura 03 demonstra esses dados. No primeiro mês não foi possível alcançar 100% dos usuários com a realização dos exames complementares em dia, pois não tínhamos o controle adequado. Foi possível melhorar neste sentido no decorrer do projeto, o que melhorou o indicador.

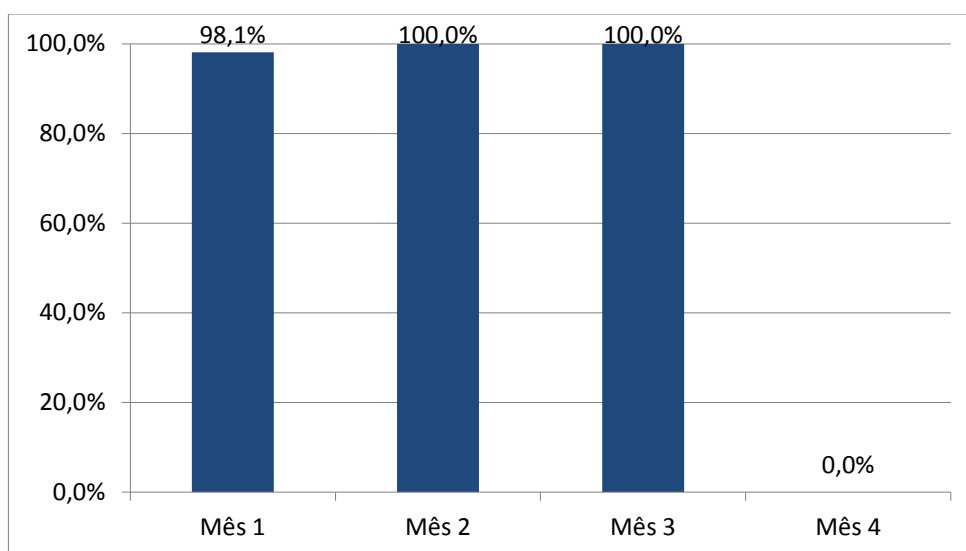


Figura 03: Cobertura de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados da UNASUS/ UFPel, 2015.

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

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

Para os diabéticos, nos 3 meses da intervenção, todos os usuários, 27 no primeiro mês; 48 no segundo mês e 56 no terceiro mês (100% nos três meses) conseguiram ter os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, alcançando a meta pactuada.

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.

A priorização de medicamentos da farmácia popular/—Hiperdia para os hipertensos foi de 29 (55,8%) no primeiro mês, 73 (65,8%) no segundo mês e 124 (79,0%) no término da intervenção. Essa meta não foi alcançada pela equipe e isso deve porque vários usuários já tinham a prescrição dos medicamentos por seus médicos privados, outros porque sua doença estava associada alguma complicação que precisaram de medicamentos mais específicos que não são da Farmácia Popular/-Hiperdia.

A figura 04 demonstra os dados referentes a priorização de medicamentos aos hipertensos.

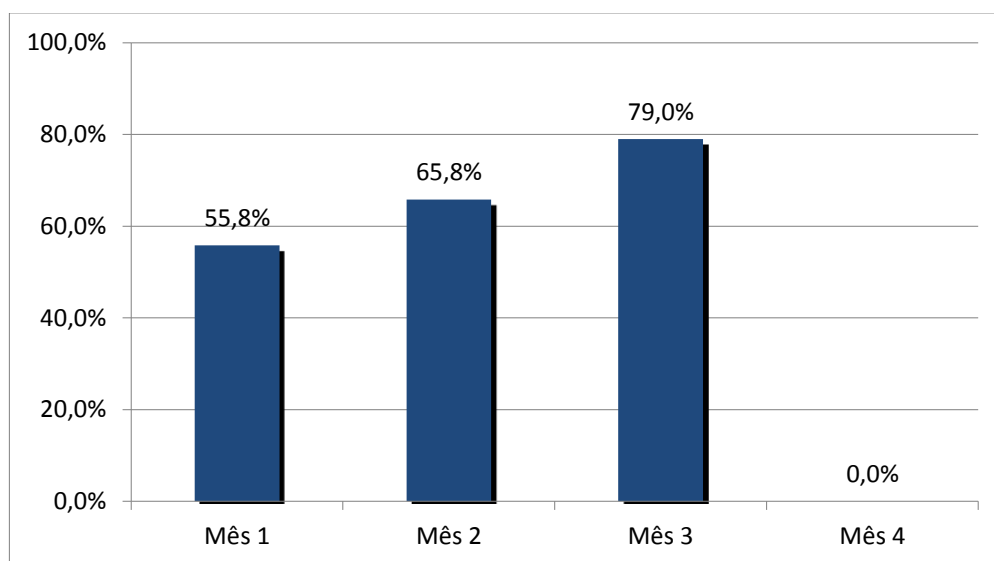


Figura 04: Cobertura de hipertensos com priorização de medicamentos da Farmácia popular/ Hiperdia no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados da UNASUS/ UFPel, 2015.

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.

Para os diabéticos, no primeiro mês 14 (51,9%) dos usuários tiveram a priorização de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia, no segundo mês foram

30 (62,5%) e no terceiro mês foram 40 (71,4%) usuários. Os motivos de não termos alcançado a meta pactuada de 100% foram porque alguns usuários já estavam tomando seus medicamentos indicados por seus médicos e com um plano da farmácia, alguns consideraram melhor permanecer com tratamento anterior e outros porque o critério da terapêutica precisa outros medicamentos. A figura 05 demonstra os percentuais alcançados.

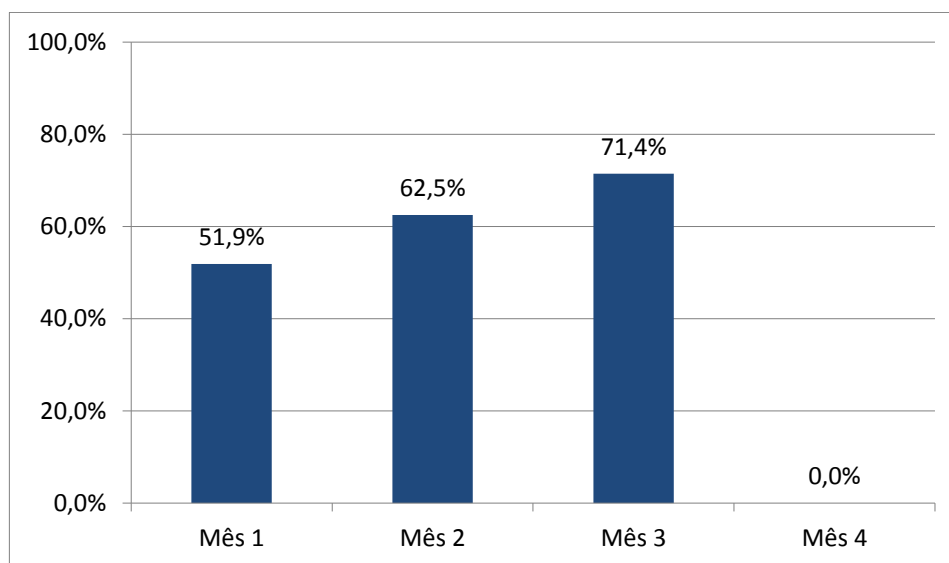


Figura 05: Cobertura de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados da UNASUS/ UFPel, 2015.

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.

Com respeito à proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, também foi uma meta que não pode ser alcançada. No primeiro mês foi alcançado o percentual de 39 (75,0%), no segundo mês foi 84 (75,7%) e no terceiro mês foi de 138 (87,9%). Essa meta não pode ser alcançada totalmente devido dificuldade de essa avaliação para usuários acamados, idosos com alterações neurológicas, alguns usuários com algum tipo de demência. A figura 06 demonstra esses dados.

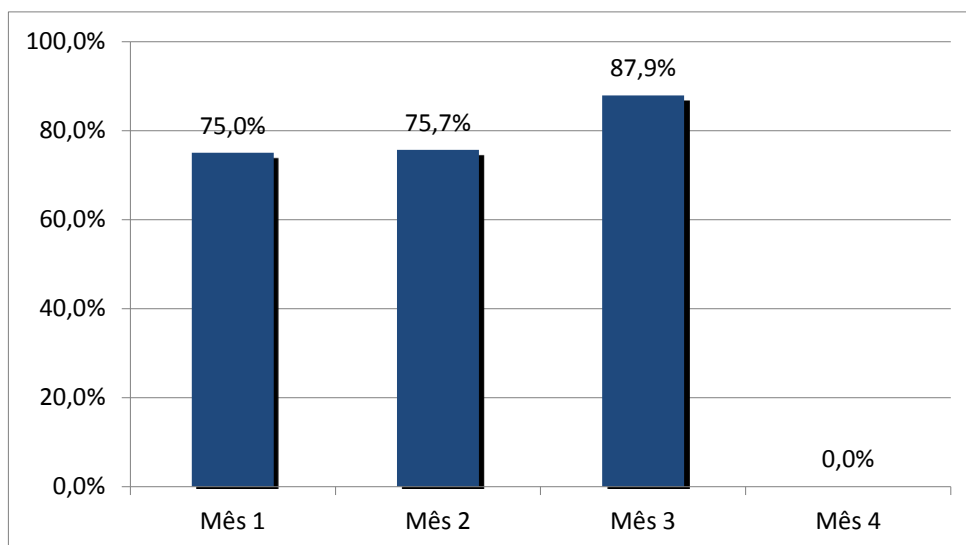


Figura 06: Cobertura de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados da UNASUS/ UFPel, 2015.

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.

Da mesma forma, durante os 3 meses da intervenção, não foi possível alcançar a meta pactuada. No primeiro mês foi alcançado 22 (81,5%) da meta, no segundo mês foi 37 (77,1%) e no terceiro mês 49 (87,5%). As razões para esse percentual já foram explicitadas anteriormente. A figura 07 explicita esses dados.

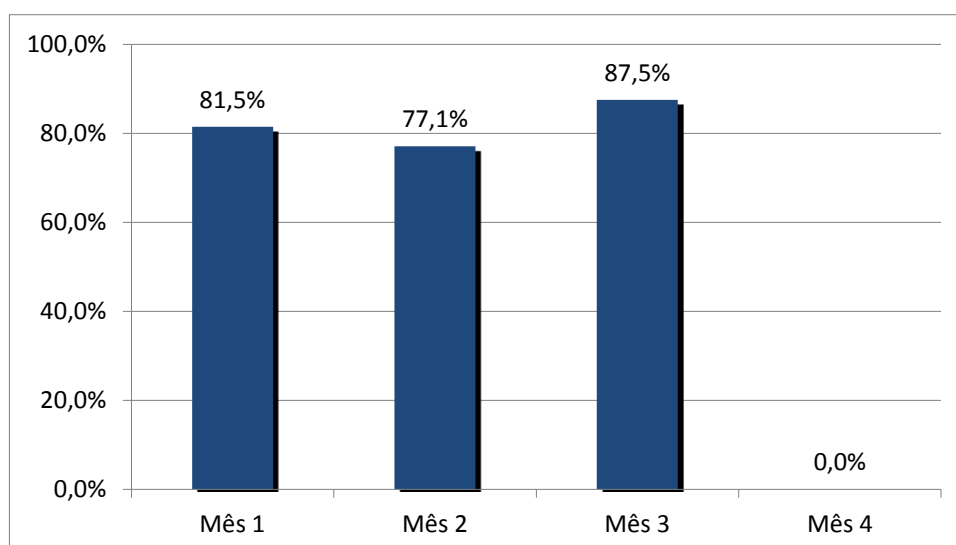


Figura 07: Cobertura de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados da UNASUS/ UFPel, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos

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

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

Durante os 3 meses da intervenção todos os usuários que faltaram as consultas receberam a busca ativa pelos ACS, fazendo com que fosse alcançado a meta de 100% para esse indicador. Essa meta foi alcançada graças ao aumento da quantidade de visitas domiciliares aos usuários faltosos, monitoramento de cumprimento da periodicidade das consultas, orientação a comunidade e a capacitação aos membros da equipe, principalmente os ACS que fazem a busca ativa dos faltosos.

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.

O caso dos diabéticos foi semelhante aos hipertensos quanto a busca ativa, sendo que todos os faltosos receberam a visita dos ACS. Assim sendo, a meta pactuada de 100% foi alcançada.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar o registro dos hipertensos e diabéticos

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.

Quanto à proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, 100% deles tiveram seus registros feitos com a qualidade requerida, nos 3 meses da intervenção, alcançando a meta pactuada. Nesse caso o

que colaborou para que esse indicador fosse positivo foi a dedicação dos profissionais no preenchimento correto das fichas e as capacitações e treinamentos realizados com a ficha espelho disponibilizada pelo curso de especialização, que foi nosso guia em todos os atendimentos.

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.

Para os diabéticos aconteceu da mesma forma que os hipertensos, sendo que também foi alcançada a meta pactuada de 100% em todos os meses da intervenção.

Resultados referentes ao objetivo de realizar avaliação de risco nos hipertensos e diabéticos

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.

Quanto a meta de realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos, no primeiro mês da intervenção não conseguimos atingir essa meta, sendo que 50 (96,2%) dos usuários receberam essa estratificação. No segundo e terceiro mês essa meta pode ser alcançada. A figura 08 demonstra os dados referentes a esse indicador. No primeiro mês a equipe ainda estava inexperiente, por essa razão não foi atingida a meta pactuada.

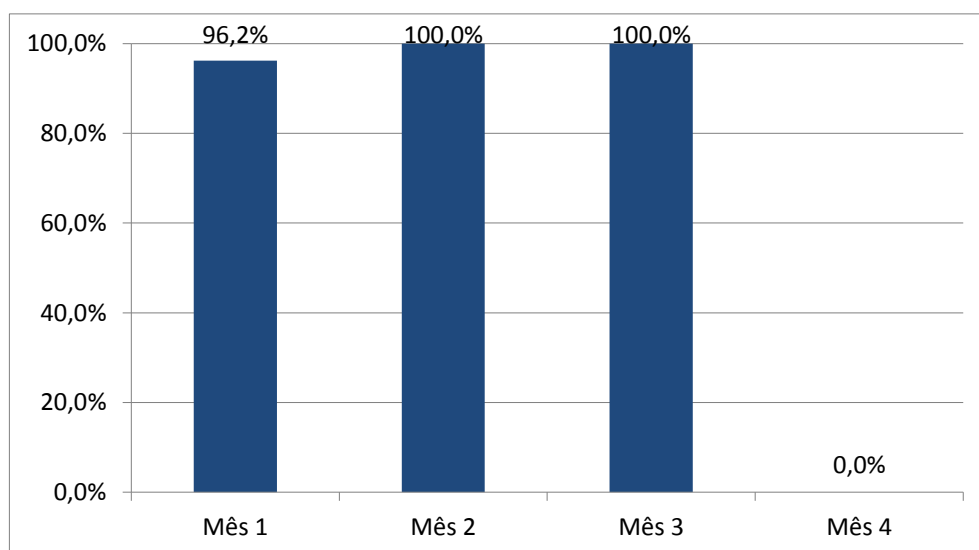


Figura 08: Cobertura de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados da UNASUS/ UFPel, 2015.

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.

Para os diabéticos, também não foi possível realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos cadastrados em todos os meses da intervenção, sendo que no primeiro mês foi alcançado 26 usuários (96,3%) e no segundo e terceiro mês a meta foi atingida. A Figura 09 demonstra esses dados.

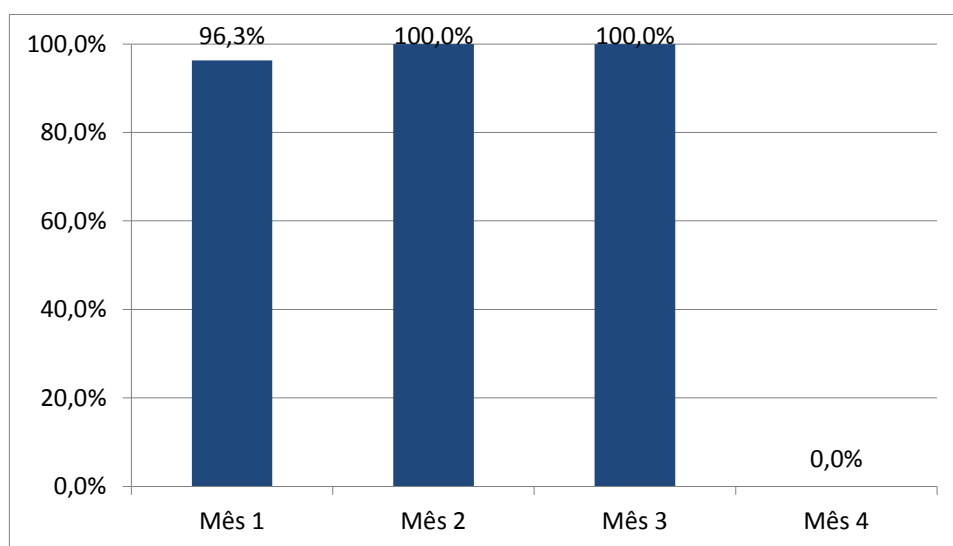


Figura 09: Cobertura de Diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados da UNASUS/ UFPel, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de promover a saúde dos 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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Todas as metas referentes à promoção de saúde aos diabéticos e hipertensos foram alcançadas, ou seja, 100% dos usuários que participaram do projeto de intervenção receberam orientações e participaram de atividades de promoção de saúde referentes a alimentação saudável, prática de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Essas metas foram alcançadas graças ao empenho dos mais diversos profissionais que estiveram engajados no projeto, bem como o apoio de parcerias institucionais nas ações desenvolvidas. Também colaborou a realização de capacitações sobre os temas que seriam desenvolvidos.

Quanto aos aspectos qualitativos desses resultados, pode-se assinalar que as ações de promoção realizadas proporcionaram o repensar de atitudes nos usuários e também educaram para o autocuidado, sendo esses os resultados qualitativos de maior destaque.

4.2 Discussão

A intervenção com os usuários hipertensos e/ou diabéticos propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

A intervenção foi importante para a equipe porque exigiu que a mesma se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamentos, diagnósticos, tratamentos e monitoramento da HAS e DM. A atividade promoveu o trabalho integral da médica, das enfermeiras, da auxiliar de enfermagem e da recepcionista no atendimento clínico, exame individual, ações de educação em saúde, preenchimento dos registros adequados e indicações de estudos para detectar alguma complicação das doenças. Isso acabou tendo impacto também em outras atividades, como no serviço de odontologia, sendo que os usuários foram encaminhados para avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Também a nutricionista realizou um maior número de consultas e realizou avaliação e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, além de atividades de educação em saúde de forma coletiva aos usuários e a comunidade.

A intervenção também foi importante para a melhoria do serviço. Antes os atendimentos a hipertensos e diabéticos eram concentrados na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhora do registro e o agendamento dos usuários viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco também tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento daqueles que mais precisam, respeitando o princípio da equidade do SUS.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém isso gera insatisfação na sala de espera entre outros membros da comunidade que desconhecem o projeto. A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar o projeto. Agora que estamos no fim do projeto percebo que a equipe está integrada, porém, como a intervenção está incorporada a rotina do serviço teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço e para que ela se torne cada vez melhor, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACS para a demais micro áreas pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também queremos implementar, junto com o consentimento da equipe, outros programas da atenção básica de saúde em nossa UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Durante 3 meses, a equipe de saúde do ESF São Sebastião, Picos, PI, esteve desenvolvendo o projeto de intervenção na área de abrangência, tendo como população alvo os usuários hipertensos e diabéticos. O objetivo geral dessa intervenção foi melhorar a atenção a esses usuários. Diversas metas foram traçadas e ações desenvolvidas para que se chegasse a esse objetivo. Nesse momento toda a equipe gostaria de relatar a gestão as melhorias proporcionadas a população alvo e também as dificuldades que foram encontradas.

A estimativa de hipertensos na área de abrangência é de 602 pessoas e de diabéticos 149 pessoas. Antes do início do projeto de intervenção, a equipe de saúde tinha conhecimento de 180 hipertensos e 58 diabéticos cadastrados. Como não sabíamos se esse número era real ou não, para o cálculo dos indicadores da intervenção foram utilizados como população total de hipertensos e diabéticos os dados da estimativa. Essa atitude foi tomada porque não seria confiável usar como população total de hipertensos e diabéticos números que poderiam não ser os reais. Assim sendo, no final dos 3 meses da intervenção, a equipe conseguiu cadastrar 157 (26,1%) hipertensos e 56 (37,6%) diabéticos, conforme ilustra as figuras 1 e 2.. Apesar de não termos alcançado a meta pactuada, um grande número de usuários foi cadastrado, o que nos serve de estímulo para continuarmos buscando e identificando os usuários em busca da estimativa.

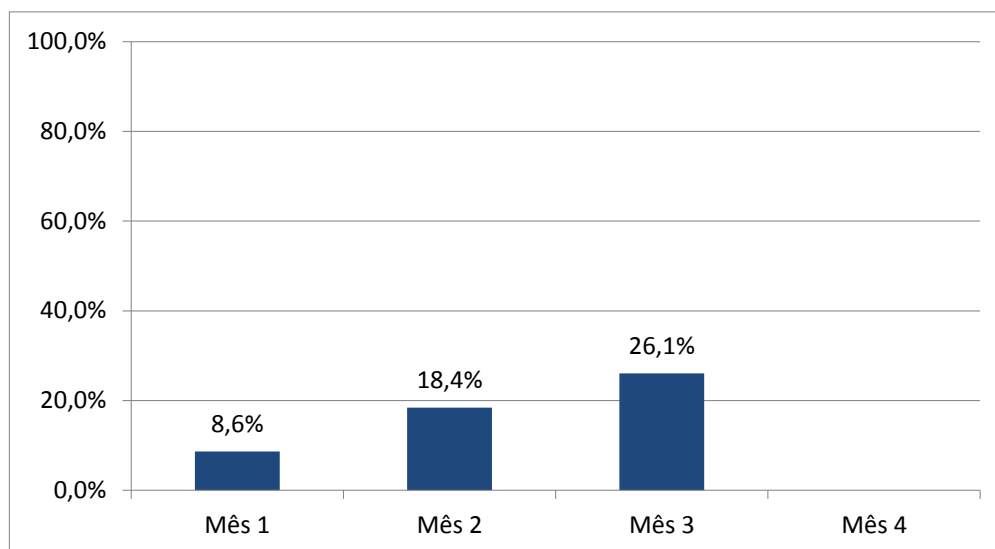


Figura 01: Percentual de hipertensos cadastrados na ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/ UFPel, 2015.

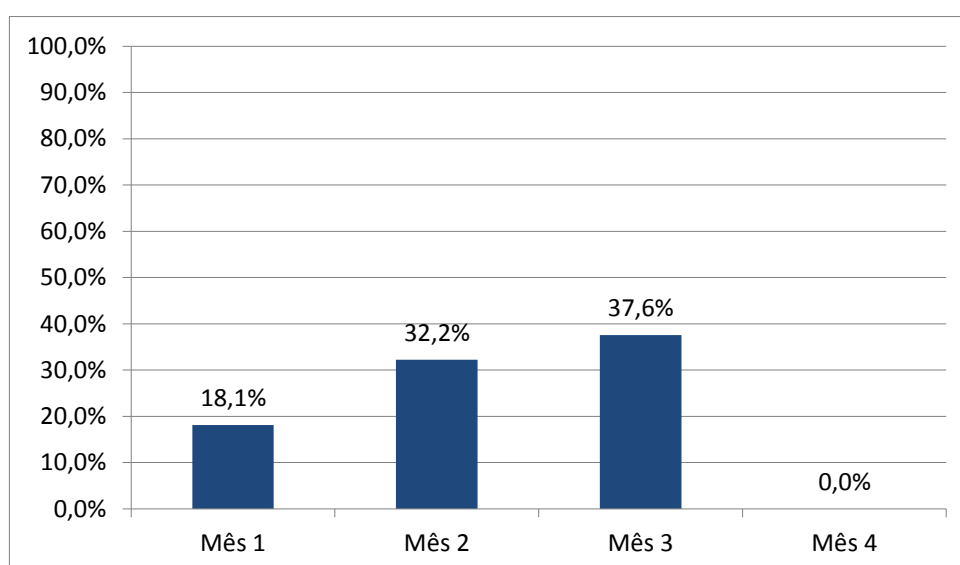


Figura 02: Cobertura de diabéticos cadastrados no ESF São Sebastião, Picos, PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados da UNASUS/ UFPel, 2015.

Acreditamos que o grande ganho da intervenção se refere a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, visto que as metas referentes a qualidade, como exame clínico e exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foram alcançadas em 100%. Outros pontos positivos foram o desenvolvimento das ações de promoção em saúde, melhoria dos registros, busca ativa dos usuários faltosos as consultas e a realização da estratificação do risco cardiovascular.

A grande maioria das ações planejadas aconteceram com muito sucesso, com o engajamento da comunidade e a participação de todos os membros da equipe. Isso permitiu o maior entrosamento dos profissionais o que gerou melhoria na atenção aos usuários, pois todos estavam motivados para com a intervenção. Uma ação que não pode ser realizada integralmente foi a que se refere ao acompanhamento odontológico. Isso aconteceu devido a falta de materiais e equipamentos odontológicos, fato que poderia ser melhorado a partir de agora, com a incorporação da intervenção na rotina do serviço

Gostaríamos de agradecer e ressaltar que durante o desenvolvimento da intervenção vocês, gestores, tiveram um desempenho essencial e apoiaram para facilitar a aquisição de todo material necessário para impressão das fichas espelhos e para o atendimento clínico integral. Além disso, a gestão deu total apoio para a realização dos exames complementares dos usuários com menor tempo que em situações prévias ao projeto e também participou das reuniões para informação sobre os acontecimentos do projeto, o que foi muito positivo.

É importante que continuem apoiando o serviço para o melhor desenvolvimento das ações, já que a intervenção já faz parte da rotina de saúde integral da UBS. Alguns pontos podem ser melhorados, como conseguir que os medicamentos cheguem a tempo, em todos os meses, para que os usuários das consultas tenham acesso facilitado a essas medicações. Também se faz necessário reparo e manutenção nos equipamentos e instrumentos odontológicos para que se dê continuidade dos atendimentos em saúde bucal para a população. Além disso, é preciso incrementar o apoio para a realização de atividades de saúde mais amplas e integrais na comunidade, pois isso ajuda para uma melhor cobertura da intervenção na população e permite a implementação de outras ações programáticas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante 3 meses muitos de vocês, usuários do ESF São Sebastião, estiveram participando ou ficaram sabendo do projeto de intervenção realizado na área de abrangência. O objetivo principal dessa intervenção foi melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes. Foi escolhido esses usuários devido ao fato de possuímos muitas pessoas com essas doenças em nossa área e também devido a importância do acompanhamento correto a esses usuários, para que tenham uma melhor qualidade de vida.

Com o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, todos os hipertensos e diabéticos receberam várias ações de saúde como o acompanhamento clínico integral e atividades de promoção em saúde, com orientação sobre alguns fatores de risco associados para estas doenças. A população ganhou maior conhecimento dos aspectos importantes para o controle da hipertensão e do diabetes, na UBS foram organizados de forma mais unida e integral os serviços de enfermagem, odontologia, medicina e os atendimentos com nutricionistas e psicólogas.

Algumas atividades sofreram restrições, como o horário de atendimento e agendamento para as consultas, mas as consultas de HIPERDIA ficaram com mais organização e integralidade para os usuários, com melhora do acolhimento a todos. A intervenção foi incorporada à rotina do serviço de saúde da UBS e a população pode desfrutar de melhor assistência nas consultas, além de poder participar das atividades de educação em saúde e do desenvolvimento do conselho de saúde da comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

As expectativas iniciais deste curso sempre foram seguir até o final e cumprir com as atividades estabelecidas de forma satisfatória. Minhas expectativas foram superadas e com o curso consegui alcançar os objetivos e melhorar a qualidade da atenção a saúde integral para os usuários com essas doenças; atuar de forma integrada com a equipe de saúde no processo de orientação, capacitação e desenvolvimento das atividades do projeto da intervenção; ter melhor conhecimento da população e definir quais as ações de saúde que a população necessita para ter melhor qualidade de vida.

O significado do curso para a prática profissional foi a aquisição do conhecimento mais amplo para o desenvolvimento do trabalho da atenção básica na comunidade de abrangência. O curso foi muito integral, incorporou novos conhecimentos sobre a abordagem das doenças mais frequentes no Brasil e na atenção básica.

Neste curso a prática profissional foi muito interessante, pois se deu junto com a população, que ficou muito agradecida pela atenção integral recebida. Além disso, ofereceu a oportunidade de organizar o trabalho com os protocolos de atendimentos integrais e atualizados para as doenças crônicas específicas, que foram a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; a oportunidade de interagir com a equipe de saúde nas capacitações e atividades de educação permanente.

Para mim significou uma nova experiência para meu desenvolvimento profissional, de uma forma integral desde o ponto de vista docente até o trabalho profissional com a atenção básica.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foi que pela primeira vez participei de um sistema de estudo a distância, pela internet. Gostei muito porque o curso permitiu a interação com professores e sua íntegra disposição e com outros profissionais. Também aprendi o manejo das doenças frequentes no Brasil e que tem acompanhamento na atenção básica, como tuberculose e hanseníase, por meio dos casos interativos disponíveis no curso e pelos estudos de prática clínica que realizei.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica da Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília. DF. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica da Diabetes Mellitus. Brasília. DF. 2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Mania planilha 12 - ESTIMATIVA [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	602	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair do cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	149	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o P diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair do cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	52	111	157	

DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção	27	48	56	

OBSERVAÇÕES

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Voc contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas som

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

Mania planilha 12 - ESTIMATIVA [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3

Indicadores	Número do paciente	Nome do paciente	Modo do paciente	Opante hipertenso?	Opante diabético?	Opante está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	Opante está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	Opante necessita tomar medicação?	Opante necessita tomar insulina?	Todos os medicamentos estão dentro do intervalo de validade ou da validade planejada?	Opante foi avaliado quanto a necessidade de atendimento especializado?	Opante está fazendo controle de glicemia com o paciente em casa?	Formulário de avaliação de risco para o paciente com hipertensão em dia?	Opante está com o registro adaptado na ficha de acompanhamento?	A atualização de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	Opante recebeu orientação sobre alimentação saudável?	Opante recebeu orientação sobre atividade física regular?	Opante recebeu orientação sobre o risco do tabagismo?	Opante recebeu orientação sobre o uso do álcool?
1	1	Adriana Barbosa de Sousa	60	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	Maria Izabel de Lima	76	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	3	Francisco Manoel de Carvalho	96	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	4	Valdemir Batista Alves	72	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	5	Antônia Maria Traves Lou	51	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	6	Maria do Carmo Moura	54	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	7	Maria Teodora da Conceição	73	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	8	João Edson da Silva	53	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	9	Elizete Maria Lima	60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	Luc Maria do Paz	73	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	11	Jonir Borges Lira	29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	12	Ana Helena da Conceição	65	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	13	Maria Elvira Sousa Cardoso	34	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	14	Francisco Das Chagas da Silva	25	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	15	Francisco de Assis da Rocha	63	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	16	Maria Adelaide Sousa Santos	76	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	17	Antônia Lacer da Silva	65	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	18	Maria Oliveira Santos	63	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	19	Isaura Ana da Silva	73	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	20	Francinete Fátia Lima	40	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	21	Elizete Clara da Conceição	84	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	22	Rosângela da Silva	43	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Mania planilha 12 - ESTIMATIVA [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

INDICADORES

Indicadores	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	86%	91%	91%	0%
1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	98%	92%	97%	0%
2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	100%	100%	100%	100%
2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	100%	100%	100%	100%

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante